

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. DEL

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Pietro Girardi, nominato con D.P.G.R.V. n. 28 del 26/02/2021, coadiuvato dai Direttori:

| | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| - dott. Giuseppe Cenci | Direttore Amministrativo |
| - dott. Gaspare Crimi | Direttore Sanitario f.f. |
| - dott. Raffaele Grottola | Direttore dei Servizi Socio-Sanitari |

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025 DELL'AULSS 9 SCALIGERA

Note per la trasparenza: Il P.I.A.O. quale strumento di effettiva semplificazione, ha l'obiettivo di favorire il percorso di progressivo superamento dei molti atti di pianificazione dell'Azienda che vengono assorbiti in un unico documento, sviluppando una logica di visione sintetica che permette di collegare le diverse finalità delle sezioni e allineare gli strumenti che compongono la Programmazione Regionale ed Aziendale.

Il Direttore di UOC Controllo di Gestione

Preso atto che il Piano integrato di attività e organizzazione (di seguito PIAO), è stato introdotto dall'articolo 6 del Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, recante ad oggetto: "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". Detta norma ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il predetto Piano. Esso ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni (a mero titolo esemplificativo, il Piano della Performance, il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile, il Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza).

Il Piano integrato di attività e organizzazione vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs n. 150/2009 e della Legge n. 190/2012;

Considerato che ai sensi della citata normativa, il PIAO, di durata triennale, aggiornato annualmente, definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, inoltre, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Luca Heller

attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198;

Atteso che con Deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 28 aprile 2022 è stato individuato quale referente unico aziendale, con funzioni di coordinatore del processo per la stesura del piano, il dott. Luca Heller, Dirigente dell'UOC Controllo di Gestione con l'obiettivo di stendere il PIAO coordinando un gruppo di lavoro composto dai Direttori/Responsabili dell'UOC Controllo di Gestione, dell'UOC Gestione Risorse Umane, UOS Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi, UOS Formazione, UOC Internal Auditing e UOS Sistemi Informativi lasciando in capo ai dirigenti delle strutture interessate, sulla base delle funzioni e dei compiti attribuiti, la responsabilità per la realizzazione della parte a loro assegnata;

Preso atto che il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6, ed in particolare:

con Decreto del Presidente della Repubblica 24 Giugno 2022, n.81 è stato definito, il "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e,

con Decreto n. 132 del 30 giugno 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica è stato, elaborato il "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" prevedendo che "Le pubbliche amministrazioni conformano il Piano integrato di attività e organizzazione alla struttura e alle modalità redazionali indicate nel presente decreto, secondo lo schema contenuto nell'allegato che forma parte integrante del presente decreto.";

Considerate le Linee Guida approvate con la DGRV 1717 del 30/12/2022 con cui la Regione del Veneto adegua il proprio ordinamento, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del PIAO e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;

Considerato quanto riportato nel Comunicato del Presidente ANAC emanato il 17 gennaio 2023: "Il Piano nazionale anticorruzione 2022 (PNA) è stato approvato definitivamente il 17 gennaio 2023 dal Consiglio dell'Autorità con la delibera del 17 gennaio 2023, n. 7 a seguito del parere della Conferenza Unificata reso il 21 dicembre 2022 e di quello del Comitato interministeriale reso il 12 gennaio 2023. In coerenza con tale impostazione, è stata avviata dal Ministero della Funzione Pubblica un'iniziativa normativa con la presentazione di un emendamento parlamentare al decreto Milleproroghe nel senso auspicato dall'Autorità.

[...] In coerenza con tale impostazione, il Ministro della Funzione Pubblica ha fatto presente (funzionepubblica.gov.it) che è stata avviata un'iniziativa normativa con la presentazione di un emendamento parlamentare al decreto Milleproroghe nel senso auspicato dall'Autorità.

Alla luce di quanto sopra, e in considerazione dell'iter normativo avviato, si ritiene che le amministrazioni e gli altri soggetti tenuti ai sensi della legge 190/2012 non possano essere censurati per il ritardo nell'adozione del PTPCT e della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO qualora, anche prima della conclusione dell'iter normativo di cui sopra, facciano affidamento sul termine del 31 marzo 2023 per l'adozione del PTPCT e del PIAO. L'Autorità terrà pertanto conto di tale ultimo termine ai fini della propria attività di vigilanza.";

Valutato il Piano integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2023-2025, sviluppato dal Gruppo di Lavoro aziendale di cui alla DDG n. 427 del 28 aprile 2022 e gli allegati al Piano come di seguito riportato :

Allegato 1 "Scheda anagrafica dell'amministrazione"

Allegato 2 "Documento delle Direttive anno 2023"

Allegato 3 "Anticorruzione: Dettaglio sulle frodi"

Allegato 4 "Anticorruzione: Dettaglio contesto esterno"

Allegato 5 "Anticorruzione: Dettaglio mappatura dei processi aziendali"

Allegato 6 "Anticorruzione: Misure Comuni e Obbligatorie"

Allegato 7 "Piano del fabbisogno del personale Anno 2022"

Preso atto che l'art. 6, comma 4, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicino il PIAO nel proprio sito istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno e inviino lo stesso al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale;

Preso atto altresì che le disposizioni attualmente vigenti sono di recente emanazione e che sono possibili ulteriori integrazioni alla disciplina, anche alla luce dell'individuazione da parte di ANAC del 31 marzo 2023 quale termine da considerare ai fini della propria attività di vigilanza;

si propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

IL DIRETTORE GENERALE

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Luca Heller



Vista l'attestazione del Responsabile dell'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia alla sua conformità alle direttive e regolamentazione aziendali;

Acquisito agli atti il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

per le motivazioni esposte in premessa e che si intendono integralmente richiamate:

1. Di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 proposto dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 427 del 28 aprile 2022, corredato dei relativi allegati come dettagliati in premessa, come previsto all'articolo 6 DL 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Di dare atto che il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025 accorpa e sostituisce tutti gli adempimenti individuati dal "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 24 Giugno 2022, n.81;
3. Di demandare al Gruppo di Lavoro eventuali aggiornamenti del documento o dei suoi allegati in considerazione del contenuto della normativa e delle disposizioni che dovessero venir successivamente adottate in materia;
4. Di pubblicare il Piano nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 9 Scaligera, nelle previste sezioni di "Amministrazione Trasparente" e di inviarlo al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione nel relativo portale.

Il Direttore Sanitario
dott. Gaspare Crimi f.f.

Il Direttore Amministrativo
dott. Giuseppe Cenci

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Raffaele Grottola

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Pietro Girardi

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

2023

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) AULSS 9 Scaligera 2023-2025



| | |
|--|-----------|
| PREMESSA | 2 |
| SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA | 2 |
| SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 8 |
| Valore pubblico | 8 |
| Mission e Vision dell’Azienda | 8 |
| Identificazione del Valore pubblico | 9 |
| Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES) | 10 |
| Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto | 11 |
| Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico | 12 |
| Focus: Digitalizzazione | 14 |
| Focus: Risparmio Energetico | 14 |
| Focus: Benessere Organizzativo | 14 |
| La misurazione del Valore Pubblico | 15 |
| Performance | 18 |
| Risultati e Sistemi esterni di misurazione della performance Aziendali | 18 |
| Obiettivi di performance Aziendali | 21 |
| Rischi corruttivi e trasparenza | 24 |
| PARTE I Gestione Dei Rischi Corruttivi | 24 |
| PARTE II Obblighi Di Trasparenza | 46 |
| SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 56 |
| Struttura organizzativa | 56 |
| Piano per il benessere Organizzativo | 59 |
| Organizzazione del lavoro agile | 62 |
| Programma di sviluppo del lavoro agile | 64 |
| Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro | 64 |
| Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione | 64 |
| Piano triennale dei fabbisogni di personale | 65 |
| PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE DIPENDENTI | 66 |
| PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE NON DIPENDENTI | 67 |
| RE INTERNALIZZAZIONI | 68 |
| DOTAZIONE ORGANICA | 68 |
| AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE 2022-2024 RELATIVAMENTE ALL’ANNO 2022 | 69 |
| Formazione del personale | 70 |
| Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale | 70 |
| Risorse interne ed esterne disponibili e/o “attivabili” ai fini delle strategie formative | 71 |
| Misure volte ad incentivare e favorire l’accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato | 71 |
| SEZIONE 4. MONITORAGGIO | 73 |

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

La DGRV 1717 del 30/12/2022 ha adeguato ai nuovi principi le disposizioni regionali vigenti, approvando apposite "Linee Guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale", cui il presente documento fa esplicito riferimento.

Il presente Documento descrive la logica ed i punti di integrazione delle diverse sezioni del Piano integrato, ed include gli allegati di dettaglio che ne fanno parte integrante.

SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Azienda ULSS 9 Scaligera

La profonda riorganizzazione del sistema socio-sanitario del Veneto approvato con LR 19/2016 ha previsto l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS con l'istituzione dell'Azienda Ulss 9 Scaligera. La nuova azienda eredita il grande patrimonio socio sanitario delle Aziende UU.LL.SS.SS. 20 di Verona, 21 di Legnago ed 22 di Bussolengo.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 3 comma 1-bis del D. Lgs. 229/99, ha personalità giuridica pubblica, autonomia imprenditoriale, gestionale e organizzativa. L'Azienda disciplina la propria organizzazione e il proprio funzionamento con il presente atto aziendale, adottato dal Direttore Generale ai sensi del combinato disposto dagli artt. 2 e 3 del D. Lgs. 229/99 e nel rispetto di quanto previsto dalla L.R 19/2016 e dalla DGRV 1306 del 16 agosto 2017.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, costituita con Legge Regionale n. 19 del 25 ottobre 2016 con decorrenza dal 1 gennaio 2017, ha sede legale a Verona in Via Valverde n. 42 C.F. e P.I.02573090236.

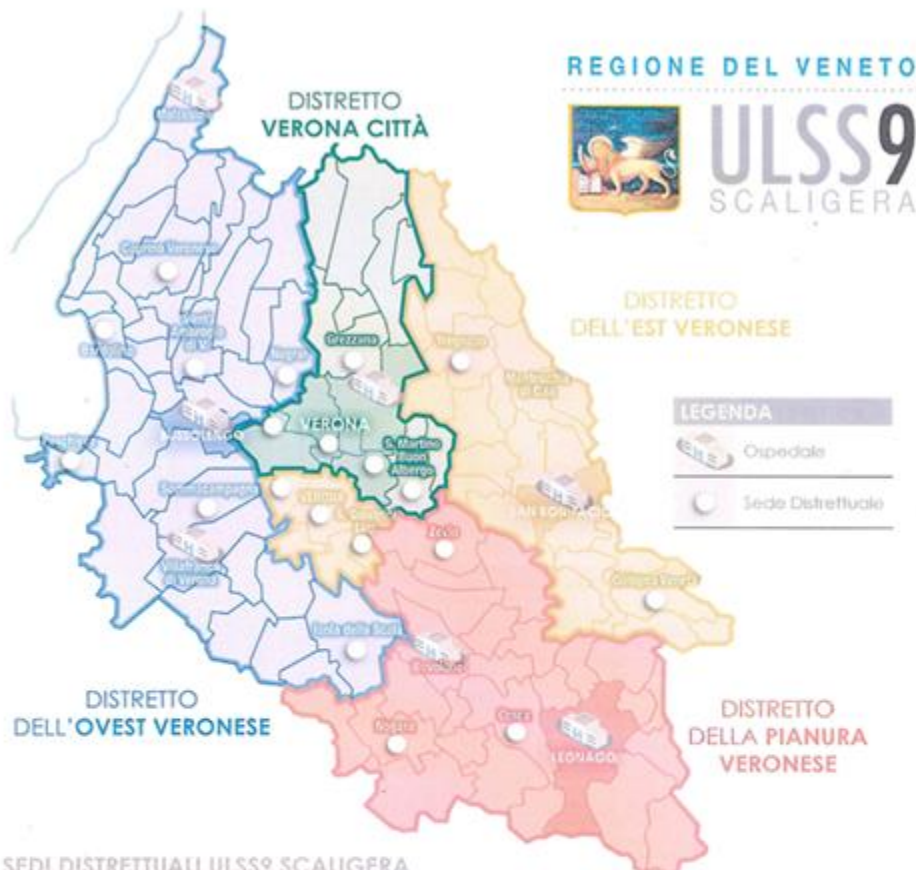
Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web www.aulss9.veneto.it ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, così come modificato dall'art. 2, comma 5, del D.L. 30/12/2009 n. 194, convertito con modificazioni dalla L. 26/2/2010 n. 25, l'Albo On-Line sostituisce a tutti gli effetti il tradizionale Albo pretorio cartaceo ai fini della pubblicità legale. L'Azienda in conformità alla predetta disposizione pubblica on-line tutti i provvedimenti adottati.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera opera su un territorio complessivo di **3.097 kmq**, che coincide con l'ambito territoriale della provincia di Verona, assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione distribuita in **98 comuni** e raggruppati in quattro distretti socio sanitari.

L'Azienda confina a nord con la provincia autonoma di Trento, a nord-ovest con la Regione Lombardia, a nord-est con l'ULSS 8 Berica e con l'ULSS 6 Euganea, a sud con l'ULSS 5 Polesana. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti, che si sviluppa soprattutto nella direttrice nord-sud con una distanza di percorrenza di circa 150 km (1 ora e 40 minuti in macchina) tra i suoi comuni più lontani: Castagnaro e Malcesine.

La conformazione geomorfologica del territorio inoltre è molto diversificata: esso è formato per il 79% da pianura e colline e per la restante parte da montagne e dal lago di Garda con un dislivello di altitudine pari a circa 1.110 m s.l.m. (comune di Erbezzo 1.118 m s.l.m., comune di Boschi Sant'Anna 10 m s.l.m.).

Non bisogna dimenticare, infine, che il territorio della provincia di Verona è a forte vocazione turistica anche se il biennio 2020-2021 ha inevitabilmente visto un calo delle presenze a causa della pandemia. Il 2019 aveva registrato più di 18 milioni di presenze di cui circa il 73% nell'area del Lago di Garda.



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

| Distretto VERONA CITTÀ | | | Distretto della PIANURA VERONESE | | |
|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| GREZZANA | Piazza Bertani | 045 807 5190 | BOVOLONE | Piazzale Fleming - c/o Ospedale | 045 6995519 |
| S. M. BUON ALBERGO | Via Nazionale, 13 | 045 991 822 | CEREA | Via Monte Canoga | 0442 30500 |
| VERONA | Via Campania, 1 | 045 815 7341 | LEGNAGO | Via C. Gianella, 1 - c/o Ospedale | 0442 622376 |
| | Via C. Menotti, 18/a | 045 834 0464 | NOGARÀ | Via Ratta - c/o Centro S.P. | 0442 537823 |
| | Via del Capitol, 22 | 045 878 7777 | ZEVIO | Via Chiarnesi, 2 | 045 6068195 |
| | Via Poloni, 1 | 045 807 5571 | Distretto dell'OVEST VERONESE | | |
| | Via della Prateria, 9C - Frac. Montorio | 045 884 0783 | BARDOLINO | Via Gardesana Dell'Acqua, 9 | 045 6213100 |
| Distretto dell'OVEST VERONESE | | | BUSSOLENGO | Via C. A. Dalla Chiesa | 045 6712451 |
| COLOGNA VENETA | Via Rinascimento | 0442 425 079 | CAPRINO VERONESE | Via Capuocini, 34 | 045 6207198 |
| MONTECCHISA DI C.RA | Piazza Umberto, 1 | 045 745 0016 | SANT'AMBROGIO DI VALPUCIELLA | Via Stazione, 7 - Frac. Domeglara | 045 6864202 |
| SAN BONIFACIO | Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped. | 045 613 8426 | ISOLA DELLA SCALA | Piazzale Kennedy, 1 | 045 6648422 |
| S. GIOVANNI LUPATO | Via Bellano, 14 | 045 829 9811 | MALCESINE | Via Gardesana, 57 | 045 6589369 |
| TREVIAGO | Via Massalunga, 7 | 045 780 8366 | NEGRAR | Via Francia, 5 | 045 7501088 |
| VERONA | Via Bengasi, 4 | 045 493 2111 | PESCHIERA DEL G. | Via Milano, 2 | 045 7550046 |
| | Via Valoggio, 39 | 045 950 655 | SOMMACAMPAGNA | Piazza Repubblica, 1 | 045 510300 |
| | | | VILLAFRANCA DI V. | Via ospedale, 2 - c/o Ospedale | 045 6338480 |

Compito dell'Azienda Sanitaria è quello di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, come definiti dall'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, dal D.P.C.M. 29.11.2001 e dai successivi accordi intervenuti, e di realizzare, nel proprio ambito territoriale, le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, impiegando nei processi di assistenza le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza e pubblicità. L'organizzazione dell'Ulss pone al centro il servizio alla persona e alla comunità cui va garantita la tutela della salute.

Di seguito si riportano i dati Demografici ed Epidemiologici disponibili più recenti.

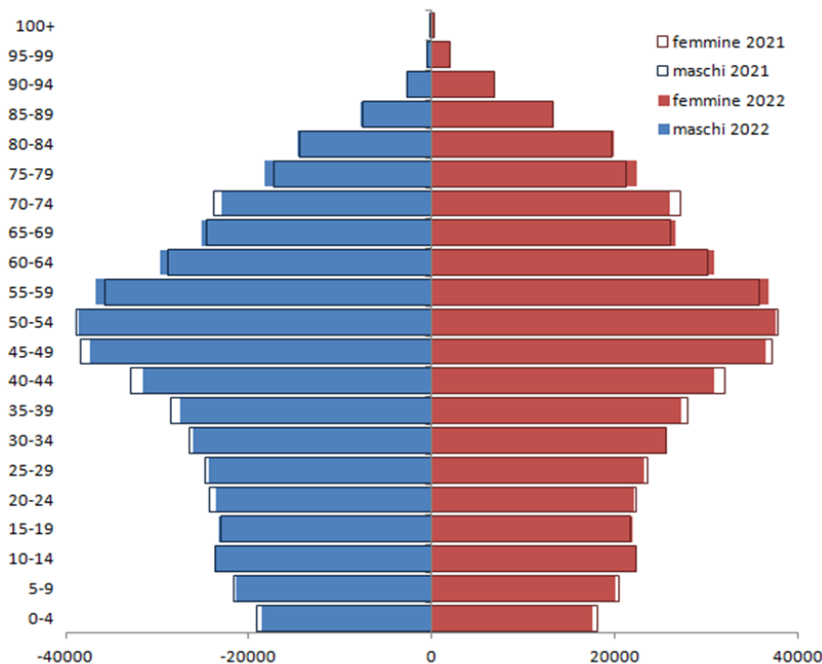
Tabella 1 - Popolazione al primo gennaio. Fonte: ISTAT (dati.istat.it)

| classi di età | al 01/01/2021 | | | al 01/01/2022 | | | saldo 2022-2021 |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | TOTALE | MASCHI | FEMMINE | TOTALE | MASCHI | FEMMINE | |
| da 0 a 4 | 37.253 | 19.210 | 18.043 | 36.116 | 18.533 | 17.583 | -1.137 |
| da 5 a 14 | 88.065 | 45.280 | 42.785 | 87.284 | 44.940 | 42.344 | -781 |
| da 15 a 24 | 91.058 | 47.210 | 43.848 | 90.864 | 46.948 | 43.916 | -194 |
| da 25 a 44 | 221.797 | 112.717 | 109.080 | 216.346 | 109.534 | 106.812 | -5.451 |
| da 45 a 64 | 282.679 | 141.874 | 140.805 | 284.000 | 142.504 | 141.496 | 1.321 |
| da 65 a 74 | 101.626 | 48.469 | 53.157 | 100.735 | 48.171 | 52.564 | -891 |
| oltre 75 | 105.332 | 42.443 | 62.889 | 108.679 | 44.208 | 64.471 | 3.347 |
| totale | 927.810 | 457.203 | 470.607 | 924.024 | 454.838 | 469.186 | -3.786 |

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni. Nell'anno 2021 la popolazione ha subito una **diminuzione rispetto all'anno precedente (-3.786 abitanti)**.

Il grafico sotto riportato rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Verona suddivisa per classi quinquennali di età, sesso e stato civile (ottenuti dal censimento permanente della popolazione). La forma del grafico evidenzia che la popolazione in fascia di età "adulti" (15-64 anni) è prevalente (64%) rispetto ai "giovani" (0-14 anni) e agli anziani con 65 anni e oltre. L'aumento dell'età si accompagna ad un aumento della cronicità e delle pluri patologie.

Figura 1 - Piramide demografica al 1° gennaio. Fonte: Istat (dati.istat.it)



I **residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket** (dato rilevato al 31/12/2021) suddivisi tra i due principali aggregati di esenzioni sono: **172.533** per reddito; **316.556** per invalidità, malattie rare e patologia. I residenti assistiti con almeno un'esenzione nell'esercizio 2020 sono **356.728**, di questi **167.452** hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia.

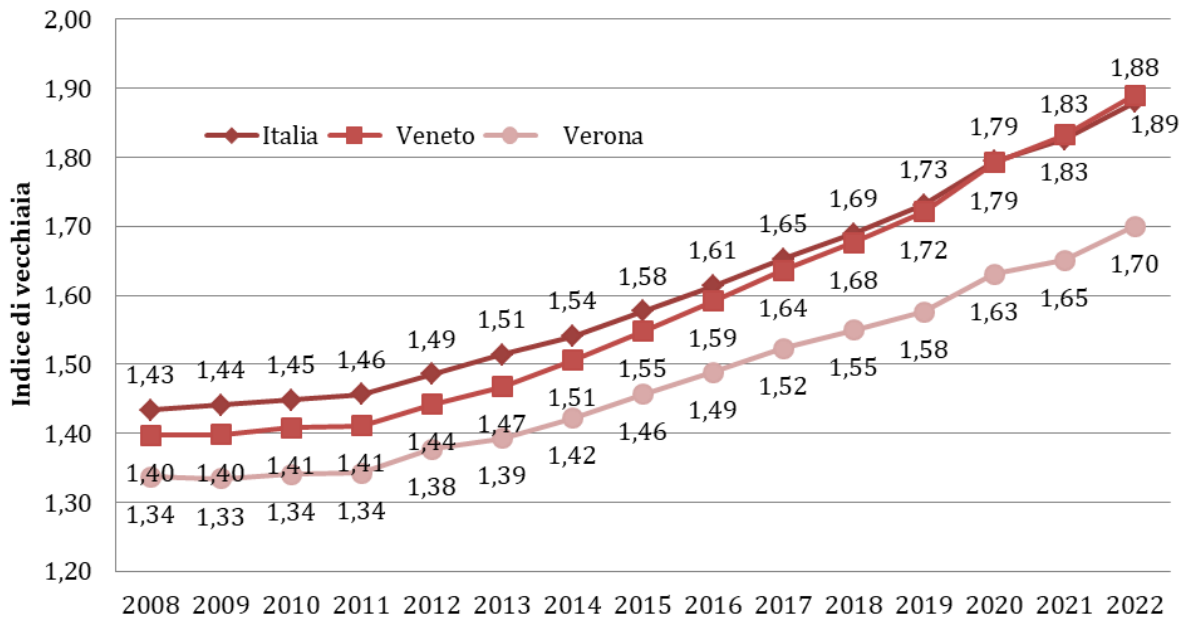
I Principali indicatori demografici indicano che il Distretto 4 ha la popolazione più giovane ed il minor carico sociale, il Distretto 1, pur con la percentuale maggiore di ultra sessantacinquenni, ha la maggior concentrazione di residenti stranieri, dato che giustifica anche l'alto indice di natalità.

Tabella 2 - Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto Fonte: Istat (dati.istat.it)

| DISTRETTO | Distretti 1 e 2 | Distretto 3 | Distretto 4 | ULSS9 SCALIGERA |
|------------------------------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| Popolazione al 01/01/2022 | 470.600 | 154.354 | 299.070 | 924.024 |
| N.Comuni | 36 | 25 | 37 | 98 |
| Nati Vivi | 3.501 | 1.071 | 2.129 | 6.701 |
| Deceduti | 4.965 | 1.731 | 2.893 | 9.589 |
| Saldo naturale | -1464 | -660 | -764 | -2.888 |
| Stranieri Residenti al 01/01/2022 | 62.512 | 17.436 | 31.082 | 111.030 |
| % residenti 0-14 | 13,11 | 13,53 | 13,65 | 13,35 |
| % residenti >=65 | 23,46 | 22,99 | 21,25 | 22,66 |
| % residenti stranieri | 13,28 | 11,30 | 10,39 | 12,02 |
| Indice di natalità | 7,4 | 6,9 | 7,1 | 7,3 |
| Indice di vecchiaia | 1,8 | 1,7 | 1,6 | 1,7 |
| Indice di carico sociale | 57,6 | 57,5 | 53,6 | 56,3 |
| Indice di dipendenza giovanile | 20,7 | 21,3 | 21,0 | 20,9 |
| Indice di dipendenza senile | 37,0 | 36,2 | 32,6 | 35,4 |

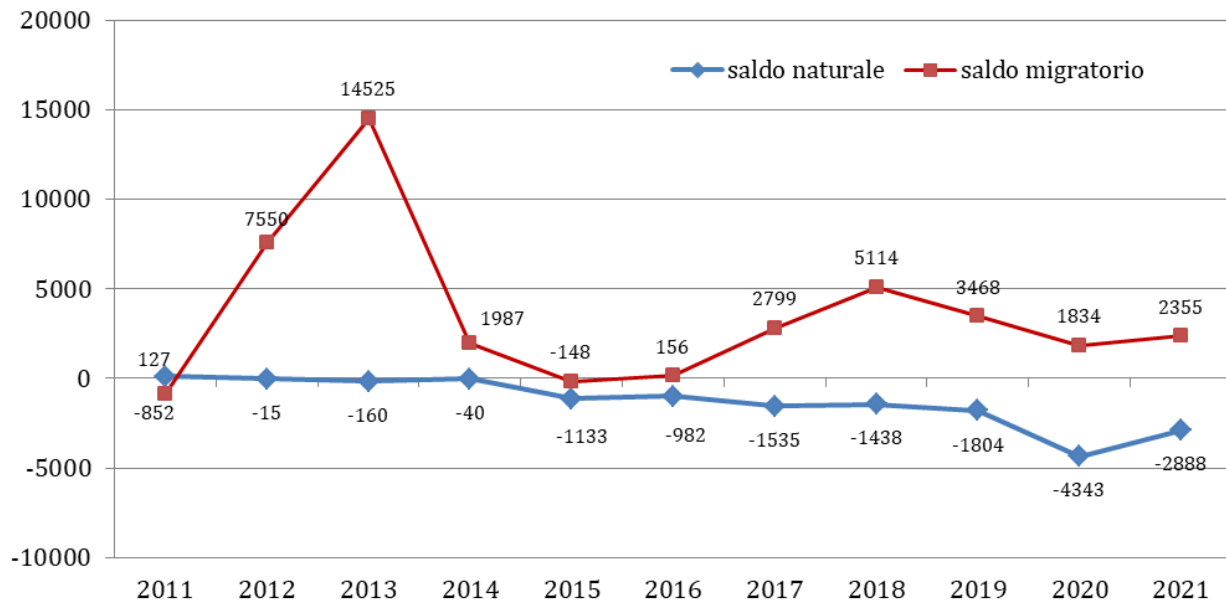
La Figura mostra come l'indice di vecchiaia sia in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente.

Figura 2 - indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio dati ISTAT



Il saldo naturale è in lieve ripresa, in buona parte compensato dal saldo migratorio che ha visto una ripresa nel 2021

Figura 3 - saldo naturale e migratorio ulss9



La speranza di vita alla nascita è in linea con il dato regionale, lievemente superiore alla media nazionale.

Tabella 3 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per genere – anno 2021

| Età | Ulss 9 | | Veneto | | Italia | |
|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | maschi | femmine | maschi | femmine | maschi | femmine |
| 0 anni | 81,4 | 85,9 | 81 | 85,6 | 80,1 | 84,7 |
| 65 anni | 19,5 | 22,8 | 19,2 | 22,6 | 18,6 | 21,9 |

Nel complesso relativamente all’assistenza ospedaliera, i **14 Presidi Ospedalieri** all’01/01/2022 disponevano di **2.321 posti letto** (1.449 nelle 7 strutture private accreditate) lievemente inferiori a quanto disposto dalla programmazione.

Nel 2021 i presidi dell’ULSS 9 (gestione diretta o privati) hanno erogato **91.365 ricoveri**; nel 2020 erano stati 88.631 e nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000. **Per l’anno 2022 si stima un’attività di circa 94.000 ricoveri.**

Includendo i dati di mobilità, nel 2021 si sono registrati **108.108 ricoveri effettuati a cittadini residenti nell’ULSS 9**, dei quali **64.278 erogati da presidi pubblici e privati dell’ULSS**. La parte restante è per la maggior parte erogata dall’AOUI di Verona, ed in misura minore in presidi intra regionali. **Nel 2022 la stima è di 110.207 ricoveri**, aumentati soprattutto in AOUI.

I Servizi di **Pronto Soccorso** hanno registrato **208.185 accessi** nel 2021, in aumento rispetto al 2020 (188.300), ma non ancora sui livelli pre-pandemia. **Per l’anno 2022 si stimano 250.000 accessi.**

Sul territorio, come strutture “intermedie” sono presenti **6 Ospedali di Comunità**, per complessivi 138 posti letto, e **3 Hospice** con 31 posti disponibili.

L’azienda oltre a 10 poliambulatori ospedalieri, dispone anche di **18 poliambulatori distrettuali** e **38 strutture private** per l’attività clinica, diagnostica per immagini e di laboratorio.

Nel setting assistenziale ambulatoriale pre-Covid l'azienda garantiva **circa 8,7 milioni di prestazioni ambulatoriali l'anno** (di cui 4,3 ML esami di laboratorio); nel 2020 si è registrato un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136 prestazioni. Il 2021 rileva una ripresa (anche se sotto i livelli 2019) con **8,6 milioni di prestazioni**. Nel 2022 si stimano **9 milioni di prestazioni** di cui 6,9 esami di laboratorio (fortemente in crescita negli ultimi 3 anni).

I pazienti **assistiti in ADI nel 2021 sono stati 14.371** (nel 2020 erano stati 20.954), con 335.330 accessi (nel 2020 erano stati 376.030 anche a causa dell'attivazione delle USCA per il Covid). Considerati i dati dei primi nove mesi, si stima che per l'anno 2022 gli **assistiti in ADI si manterranno intorno ai 14.300 con 329.000 accessi con una % di assistiti ultra 75enni pari al 79% (in aumento)**. Va anche evidenziato l'aumento di trasferimenti gestiti dalla COT e/o monitorati dalla COT (stimati per il 2022 in 7.063 con un +863, in particolar modo nelle dimissioni protette ospedaliere con presa in carico successiva da parte delle Cure Primarie).

Per gli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, con problemi di dipendenze o di salute mentale, sono presenti sul territorio **178 strutture residenziali** (delle quali 15 a gestione diretta ULSS) per un totale di **6.865 posti letto**, che hanno accolto nel 2020 **8.186 utenti** e nel 2021 **8.893 utenti**. La rete si completa con **1.804 posti di assistenza semi-residenziale**.

Nel 2022 per i soli anziani, si stimano **6.638 anziani nell'assistenza residenziale** per un totale di 1.112.101 giornate di degenza. Per quanto riguarda la **disabilità**, nel 2022 gli utenti delle strutture residenziali sono stati **2.023**, per un totale di 579.037 giornate.

Nel 2022 l'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare **709.463 vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive** (esclusa vaccinazione anti Covid), aumentate in maniera significativa rispetto alle 604691 del 2021 e le 430.322 del 2020.

Relativamente all'attività di Screening. nonostante il rallentamento dovuto al Covid, nel 2022 l'attività ha confermato la ripresa iniziata nel 2021, registrando **inviti per 73.692 donne allo Screening Mammografico** (tasso di adesione 60%), **62.321 allo screening Citologico** (tasso di adesione 45%) e **100.387 persone allo screening del Colon-Retto** (tasso di adesione corretto 66%).

Nell'Allegato 1. "Scheda anagrafica dell'amministrazione" si riporta il dettaglio analitico con il dato più aggiornato delle strutture e delle prestazioni erogate dall'Azienda Ulss 9 Scaligera.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

Mission e Vision dell’Azienda

Come definito nell’Atto Aziendale, la missione e la visione strategica aziendale può essere descritta nel seguente modo.

Mission. L’Azienda ha il compito di realizzare le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo efficace, efficiente e trasparente al fine di favorire, nel rispetto dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) sanitaria e sociale, il perseguimento del benessere fisico, psichico e sociale della persona e della sua famiglia nei diversi contesti socio-sanitari.

La sua mission è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo della salute dell’intera comunità.

L’Azienda risponde ai bisogni di salute dei cittadini attraverso interventi sanitari e socio-sanitari gestiti direttamente o acquisiti da altri soggetti accreditati.

Vision. La Vision dell’Azienda consiste nell’essere e voler essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell’evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. La risposta ai bisogni di salute è garantita con un utilizzo appropriato ed equo delle risorse.

La Vision aziendale si esplicita nel progetto di "definire e attuare un piano strategico di forte integrazione con i settori comunitari, al fine di pervenire a una politica di promozione della salute, intesa come benessere e qualità della vita offerti all'intera comunità presente nel territorio di riferimento".

Valori e finalità istituzionali. L’Azienda è parte integrante del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto quale ente strumentale della Regione.

I valori che ispirano l’azione dell’Azienda Sanitaria Scaligera sono la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività e l’equità e universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l’erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, recupero e reinserimento sociale, l’acquisto di servizi da soggetti accreditati con l’Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie previsti dalla normativa vigente e nell’ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento Regionale.

L’Azienda, nell’espletamento della primaria funzione pubblica di tutela della salute quale bene collettivo e individuale, nel rispetto del principio di libera scelta e di equità di accesso del cittadino, s’impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati, nell’ambito dei bisogni socio-sanitari e assistenziali dettati dalla programmazione Regionale e Locale.

Filosofia e principi dell’assistenza. L’Azienda promuove il mantenimento dell’eccellenza nella qualità assistenziale nell’ottica della corretta allocazione delle risorse e del contenimento della spesa e persegue la soddisfazione dei reali bisogni dei singoli e delle comunità, creando un ambiente che favorisca l’espressione del potenziale umano e professionale degli operatori, in un’ottica di razionalizzazione delle risorse allocate.

L'Azienda presta assistenza con continuità, garantendo l'integrazione organizzativa e multidisciplinare, e la comprensione e il rispetto delle persone assistite e dei loro familiari. I principi guida del progetto di cambiamento, volti a garantire un'unica visione d'insieme e un approccio comune, si riferiscono ai seguenti elementi fondanti:

- cittadino al centro della strategia aziendale: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;
- governo clinico dell'assistenza: definire e utilizzare un sistema di «standard», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performance, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del Servizio Socio Sanitario regionale;
- semplificazione amministrativa: a vantaggio dell'offerta di assistenza sanitaria: la creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere anche alla nostra azienda di dedicarsi maggiormente all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti);
- sostenibilità economica del sistema: espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell'impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute;
- rete dei servizi socio sanitari territoriali: in collaborazione con le istituzioni territoriali del terzo settore;
- centralità della persona e umanizzazione delle cure: la centralità della persona è il principio ordinatore di tutto il sistema dell'accoglienza e dell'organizzazione dei servizi dell'azienda.
- superamento della frammentazione delle diverse competenze: talvolta dovuta alle norme e altre volte all'organizzazione dei Servizi stessi: più integrazione, quindi, per una migliore e più efficace risposta ai cittadini;
- lavorare affinché la specializzazione di Servizi e degli operatori non si traduca in un lavoro "in esclusiva" rispetto al quale il territorio si sente esautorato: più collaborazione e sussidiarietà, nella prospettiva generativa che i servizi socio-sanitari possono far crescere le comunità locali attivando relazioni di reciprocità, fiducia e solidarietà.

Identificazione del Valore pubblico

La sottosezione **Valore Pubblico** rappresenta un'innovazione sostanziale introdotta con il PIAO. Il concetto, proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'ente.

Per **Valore Pubblico in senso stretto**, le Linee Guida del Dipartimento della Funzione Pubblica intendono: il **livello complessivo di BENESSERE** economico, sociale, ma anche ambientale e sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

Un ente crea **Valore Pubblico in senso stretto** quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline (IMPATTO DEGLI IMPATTI).

Un ente crea **Valore Pubblico in senso ampio** quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti, misurabili anche tramite Benessere Equo e Sostenibile (BES) e Sustainable Development Goals (SDGs) - (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES).

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore.

Laddove il **benessere** possa essere identificato con una **singola dimensione di impatto**, il **Valore Pubblico si potrebbe misurare** in termini di **benessere specifico o impatto settoriale**: si pensi alla riduzione delle mortalità, ad esempio come decremento dei tassi di mortalità.

Laddove il benessere sia associabile a **molteplici dimensioni di impatto**, come potrebbe essere per la "Prevenzione e il Trattamento dell'uso di Sostanze" , "Attuazione convenzione quadro dell'OMS su controllo tabacco", "Garantire l'accesso ai servizi di pianificazione familiare" o "Garantire i servizi sanitari essenziali", il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo o di equilibrio tra gli impatti: se le **molteplici dimensioni di impatto** fossero tra loro **sinergiche**, il **Valore Pubblico** sarebbe **misurabile come equilibrio tra livelli di benessere compatibili**: si pensi alla politica di copertura degli interventi per l'uso di sostanze coniugata con una politica dei consumi, misurabile in termini di impatto socio-occupazionale, ad esempio come incremento del numero o della percentuale di occupati rispetto alla baseline di inclusione sociale.

Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES)

Le considerazioni relative alla sostenibilità non possono non avere a fondamento i target/ indicatori/ criteri di misurazione utilizzati dall'ISTAT per valutare l'avvicinamento del nostro Paese agli obiettivi e ai target dell'Agenda ONU 2030, che possono essere rappresentati in un "framework unitario".

Gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SDGs) sono compresi nella Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile, approvata nel settembre 2015 da più di 150 leader internazionali alle Nazioni Unite per contribuire allo sviluppo globale, promuovere il benessere umano e proteggere l'ambiente. Gli elementi essenziali dell'Agenda 2030 sono i 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS/SDGs, Sustainable Development Goals) e i 169 sotto-obiettivi, i quali mirano a porre fine alla povertà, a lottare contro l'ineguaglianza e allo sviluppo sociale ed economico. Inoltre riprendono aspetti di fondamentale importanza per lo sviluppo sostenibile quali l'affrontare i cambiamenti climatici e costruire società pacifiche entro l'anno 2030. La classificazione degli obiettivi e la scelta degli indicatori si sono imposti come standard internazionale e transettoriale per la definizione, l'individuazione e la misurazione del valore creato (vedi per approfondimenti <https://www.aics.gov.it/home-ita/settori/obiettivi-di-sviluppo-sostenibile-sdgs/>)

Già in precedenza per altro, l'ISTAT, come riportato sul suo [sito](#), aveva avviato un progetto "per misurare il **Benessere equo e sostenibile (BES)**, con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. A tal fine, i tradizionali indicatori economici, primo fra tutti il Pil, sono stati integrati con misure sulla qualità della vita delle persone e sull'ambiente.

A partire dal 2016, agli indicatori e alle analisi sul benessere si affiancano gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i **Sustainable Development Goals (SDGs)** delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro di informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

I due set di indicatori sono solo parzialmente sovrapponibili, ma certamente complementari (si veda il [quadro degli indicatori Bes inclusi nel framework SDGs](#))."

Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto

Le misure del BES e gli altri indicatori del SDG sono per altro identificati come rappresentativi del Valore Pubblico creato anche nei documenti di programmazione regionali, in particolare:

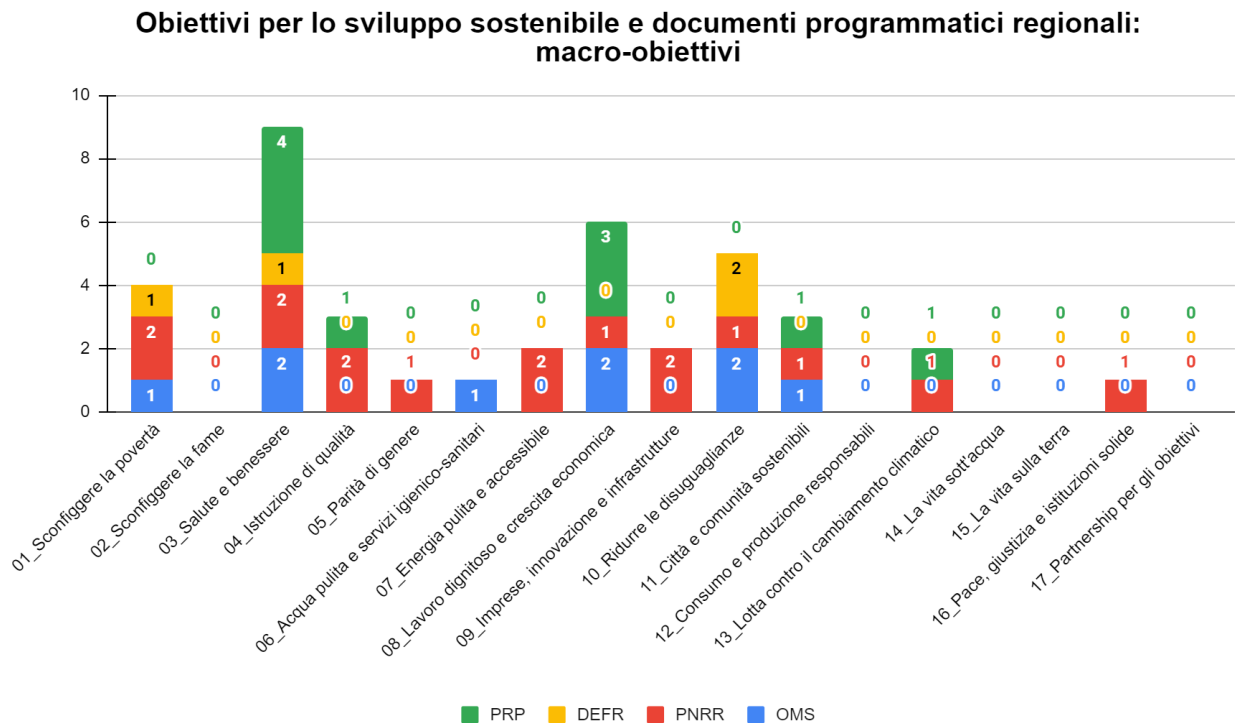
| Acronimo | Significato | Link |
|----------|---|---|
| PNRR | Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza- Piano Operativo Veneto | http://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDecreto.aspx?id=479911 |
| DEFR | Documento di Economia e Finanza Regionale | https://www.regione.veneto.it/web/programmazione/defr |
| PRP | Piano Regionale Prevenzione | https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prp-2020-2025 |

Sono inoltre utilizzati anche dall'OMS per misurare e confrontare i sistemi sanitari:

| Acronimo | Significato | Link |
|----------|--|---|
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità- Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia | https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/357867/WHO-EURO-2022-5210-44974-64023-ita.pdf |

Nella figura si può vedere che gli obiettivi più citati nei documenti sono nell'ordine:

- 03 Salute e benessere
- 08 Lavoro dignitoso e crescita economica
- 10 Ridurre le disuguaglianze
- 01 Sconfiggere la povertà



Risulta per tanto evidente che, per l'ULSS 9 Scaligera, sia a fronte delle proprie Vision e Mission, enucleate fin dal primo Atto aziendale, e sia in conseguenza del quadro istituzionale e programmatico in cui è inserita, intende il Valore come Aumento della Salute e del benessere dei propri cittadini residenti.

Viste le sue caratteristiche di azienda fondata sul capitale umano, del suo compito di prevenzione dell'insorgenza delle malattie e delle sue dimensioni tuttavia, in funzione di supporto alla missione di salute, l'ULSS 9 Scaligera verifica la propria creazione di valore pubblico anche nell'aumento del benessere dei lavoratori (propri ma non solo, obiettivo 08 Lavoro dignitoso e crescita economica) nonché dell'impatto ambientale della propria attività (obiettivo 13 lotta contro il cambiamento climatico).

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

In estrema sintesi la strategia di creazione di Valore pubblico adottabile nel breve periodo dall'ULSS 9 Scaligera può essere espressa nel seguente modo: per mantenere e possibilmente **umentare il benessere** e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di misure collegate al 3 Goal ONU - SDGs/BES Salute e Benessere), l'Azienda eroga i **Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata** (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e con **livelli di qualità soddisfacenti** (misurati attraverso indicatori di processo e di esito), impiegando **risorse compatibili** con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l'equilibrio di bilancio).

Si possono rilevare in maniera più puntuale le seguenti strategie:

- A. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini
- B. Attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari
- C. Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti
- D. Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche
- E. Rispetto sostanziale dei principi di trasparenza
- F. Sviluppo dell'organismo personale a sostegno dei processi di cambiamento e del benessere organizzativo

Per i punti A., B. e C. si ritiene che il perseguimento degli **obiettivi assegnati a livello Regionale** rappresenti la prima traduzione operativa, all'interno del ciclo della performance, degli ambiti principali cui indirizzare l'intervento aziendale.

Il Capitolo "Performance" illustra gli obiettivi, gli indicatori e le azioni collegate a queste strategie e l'Allegato 2 "Documento delle Direttive anno 2023" ne puntualizza gli aspetti di dettaglio

Per i punti D. ed E. naturalmente il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione specifiche e generali dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori).

Il capitolo "Rischi corruttivi e Trasparenza" illustra, assieme agli Allegati previsti, tutti gli aspetti collegati a queste strategie

Per il Punto F. va sottolineato che La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa, adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile e della salute professionale reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate.

Tra i traguardi attesi come previsto dalla Relazione del CNEL vi è quello di contribuire all'investimento sul capitale umano pubblico avviato con decisione dal Governo nel 2021 attraverso lo sblocco dei rinnovi contrattuali, le assunzioni, la formazione. E l'adeguamento guidato dal PNRR con la semplificazione di 600 procedure amministrative entro il 2026.

La Sezione "Organizzazione e Capitale Umano" si occupa di illustrare la pianificazione aziendale relativa al personale.

L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Per favorire la creazione di valore pubblico l'Amministrazione ha previsto gli obiettivi strategici, che riguardano anche la Trasparenza:

- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi)
- promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione)
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno
- digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio
- individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione)
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR

Focus: Digitalizzazione

Particolarmente rilevante la DIMENSIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, tesa a realizzare innanzitutto la *piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni* da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, che ha avuto una linea di investimento specifica rientrando negli obiettivi generali di programmazione finanziaria (PNRR), nonché l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Digitale, completano il framework di misurazione del valore pubblico dettato dall'analisi dei maggiori soggetti attivi nella realizzazione dei goal dell'Agenda 2030 e diventerà "framework unico" per la ULSS 9 Scaligera a seguito di una lettura ridimensionata sulla realtà socio-economica di contesto.

Tra i progetti più rilevanti nell'attuale programmazione aziendale si possono enumerare:

- Sportello Distrettuale online, per evitare l'accesso fisico alle sedi amministrative distrettuali;
- Portali per attività veterinarie (ad esempio per facilitare le imprese nei loro adempimenti connessi con le esportazioni di carni);
- Utilizzo della intranet Aziendale oltre che come portale informativo anche come sistema di Digitalizzazione di procedure interne, come ad esempio il "richiamo in servizio".

Rilevante anche l'investimento sulla cybersecurity, presupposto ineludibile per evitare che i benefici della digitalizzazione siano annullati da perdite di dati ed utilizzi impropri.

Focus: Risparmio Energetico

Il tema del Risparmio energetico ha sempre rappresentato un tema legato al valore, in quanto correlato alla capacità delle organizzazioni e della società di perseguire, attraverso un oculato impiego delle fonti energetiche, la riduzione dello sfruttamento delle risorse del pianeta ed il contenimento dell'inquinamento, tentando di contribuire al rallentamento del riscaldamento globale. (obiettivi 12, 13 e 15 di sviluppo sostenibile SDGs)

Ha tuttavia assunto un ruolo ancora più centrale con lo shock dei prezzi dell'energia conseguito allo scoppio del conflitto tra Russia ed Ucraina. La quantità di risorse assorbite per il fabbisogno energetico in grande aumento (oltre +75% per il riscaldamento nel 2022 rispetto al 2021 vedi Previsioni di Bilancio) ha costretto tutte le organizzazioni a contenere il consumo di energia per proteggere il più possibile la quota di risorse dedicata alla creazione di valore.

In questo senso l'Azienda ha diffuso, tramite la propria piattaforma di gestione dei cartellini e delle comunicazioni (Sigma) il documento dell'ENEA dal titolo "Risparmio ed efficienza energetica in Ufficio: Guida operativa per i dipendenti", incentivando un uso razionale dell'energia sia in ambiente lavorativo che personale.

Focus: Benessere Organizzativo

La produzione di Valore per i cittadini/utenti/pazienti, principali destinatari dell'erogazione dei servizi sanitari mission dell'ULSS 9 Scaligera, potrà essere attuata al meglio attraverso il perseguimento anche del benessere dei dipendenti e collaboratori dell'azienda.

Il benessere viene inteso dall'Azienda Ulss 9 come la capacità di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale di tutte le lavoratrici e di tutti i lavoratori che operano al suo interno. Studi e ricerche sulle organizzazioni hanno dimostrato, infatti, che le strutture più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e con un "clima interno" sereno e partecipativo. La motivazione, la collaborazione, il coinvolgimento, la corretta circolazione delle informazioni, la flessibilità e la fiducia delle persone sono tutti elementi che portano a migliorare la salute mentale e fisica dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, in via finale, ad aumentare la produttività.

Anche l'adesione attraverso la Regione Veneto all'indagine di clima interno promossa dal network Sant'Anna di Pisa è tra le strategie di creazione di valore. L'Azienda si è dotata di un Piano per il Benessere Organizzativo (Sezione 3 dedicata al Capitale Umano vedi infra) e ha iniziato a darvi concreta attuazione con una serie di progetti che si sviluppano in un arco temporale triennale. Anche l'adozione di concreti strumenti per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ad esempio il POLA (vedi infra), contribuisce alla ricerca di realizzare un concreto benessere in Azienda.




















Dati rilevanti per misurare i fenomeni connessi con il Benessere Organizzativo sono i tassi di assenza, in particolare per malattia (dati dell'ULSS 9 disponibili al link https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13397), nonché i dati sugli infortuni sul lavoro, oggetto di assiduo monitoraggio a cura del Servizio Prevenzione e Protezione in staff alla Direzione generale. Particolarmente rilevante, soprattutto per le figure di difficile assunzione, anche il tema delle dimissioni prima del pensionamento, che l'azienda sta cercando di analizzare meglio per impostare misure di contenimento.

La misurazione del Valore Pubblico

Da un punto di vista tecnico, si rileva che l'ISTAT utilizza nelle sue misurazioni 58 indicatori BES, di cui alcuni replicati per più di un Goal, per un numero complessivo di 67 misurazioni ISTAT realizzate attraverso indicatori BES.

Integrazione tra indicatori relativi ai 12 domini BES e misure statistiche relative agli SDGs

Fonte: ISTAT Benessere e sostenibilità – marzo 2021

| BES | | SDGs | |
|---|---------------|---|---|
| 1. Salute | 3 indicatori | 3 nel goal 3 |  |
| 2. Istruzione e formazione | 8 indicatori | 7 nel goal 4 1 nel goal 8 |   |
| 3. Lavoro e conciliazione tempi di vita | 7 indicatori | 1 nel goal 5 6 nel goal 8 |   |
| 4. Benessere economico (*) | 7 indicatori | 5 nel goal 1 3 nel goal 10 |   |
| 5. Relazioni sociali | | | |
| 6. Politica e istituzioni (*) | 8 indicatori | 4 nel goal 5 5 nel goal 16 |   |
| 7. Sicurezza | 3 indicatori | 1 nel goal 5 2 nel goal 16 |   |
| 8. Benessere soggettivo | | | |
| 9. Paesaggio e patrimonio culturale | 2 indicatori | 1 nel goal 11 1 nel goal 13 |   |
| 10. Ambiente (**) | 13 indicatori | 1 nel goal 1 2 nel goal 6 1 nel goal 7 1 nel goal 8 5 nel goal 11 2 nel goal 12 4 nel goal 13 1 nel goal 14 2 nel goal 15 |          |
| 11. Innovazione, ricerca e creatività | 2 indicatori | 2 nel goal 9 |  |
| 12. Qualità dei servizi (*) | 6 indicatori | 1 nel goal 1 3 nel goal 3 1 nel goal 6 1 nel goal 16 |     |

(*) 1 indicatore ripetuto in più goal

(**) 6 indicatori ripetuti in più goal

Di seguito si riportano i dati più recenti degli indicatori del BES relativi alla Salute per la Provincia di Verona, per il Veneto, Nord Italia ed Italia evidenziando anche la variazione rispetto all'anno precedente.

Tabella 4 Fonte: ISTAT- Misure del Benessere equo e sostenibile dei territori (Edizione 2022)

| DOMINIO | INDICATORE | UNITA' MISURA | Ultimo dato Verona | Ultimo dato Veneto | Ultimo dato Nord | Ultimo dato Italia | Anno |
|---------------------|--|---|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|-------|
| Salute | Speranza di vita alla nascita | Numero medio di anni | 83,6 (1%) | 83,2 (0%) | 82,9 (1%) | 82,4 (0%) | 2021* |
| Salute | Mortalità evitabile (0-74 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 14,1 (-1%) | 14,2 (-6%) | 15,4 (-4%) | 16,5 (-3%) | 2019 |
| Salute | Mortalità infantile | Per 1.000 nati vivi | 3,1 (3%) | 2,6 (24%) | 2,4 (0%) | 2,5 (-14%) | 2019 |
| Salute | Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 0,5 (0%) | 0,9 (80%) | 0,6 (20%) | 0,6 (20%) | 2021 |
| Salute | Mortalità per tumore (20-64 anni) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 7,1 (-12%) | 7,3 (-10%) | 7,8 (-5%) | 8,1 (-5%) | 2019 |
| Salute | Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) | Tassi standardizzati per 10.000 residenti | 34,4 (-5%) | 39,2 (-1%) | 36,4 (1%) | 34,0 (2%) | 2019 |
| Qualità dei servizi | Posti letto per specialità ad elevata assistenza | Per 10.000 abitanti | 6,3 (2%) | 3,9 (3%) | 3,2 (0%) | 3,0 (0%) | 2020 |
| Qualità dei servizi | Emigrazione ospedaliera in altra regione | Valori percentuali | 4,9 (-18%) | 5,3 (-15%) | 5,6 (-11%) | 7,3 (-12%) | 2020 |
| Qualità dei servizi | Medici specialisti | Per 10.000 abitanti | 32,5 (6%) | 27,1 (5%) | 30,3 (5%) | 31,7 (5%) | 2021 |
| Qualità dei servizi | Posti letto negli ospedali | Per 10.000 abitanti | 38,3 (-2%) | 33,1 (0%) | 35,7 (1%) | 33,3 (0%) | 2020 |

Per la misurazione di quanto Valore Pubblico ha generato l'Azienda può essere effettuato un confronto tra baseline, target a preventivo e risultato a consuntivo, facendo riferimento in quanto possibile agli indicatori di impatto sopra elencati, ma anche agli esiti della Performance e delle fonti di verifica della soddisfazione di utenti e cittadini.

Il Valore Pubblico è tanto maggiore quanto più alta è la capacità dell'ente di trovare un compromesso complessivamente migliorativo tra le diverse prospettive del benessere. Laddove il benessere sia associabile a molteplici dimensioni di impatto, il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo, profilandosi come indicatore composito sintetico calcolabile quale media semplice o ponderata degli indicatori analitici di impatto.

Calcolare la misura sintetica del Valore Pubblico, per quanto relativa, consente di mettere a sistema e governare i diversi indicatori di impatto, intervenendo in maniera selettiva in caso di scostamenti tra consuntivo e preventivo. Generalmente, il Valore Pubblico viene calcolato come media ponderata tra le misure dei diversi impatti, ognuno dei quali misurati su scala da 1 a 100 al fine di consentirne la normalizzazione e quindi il confronto.

Il controllo strategico suggerirà all'amministrazione di presidiare l'impatto economico nella pianificazione strategica.

I livelli di partenza degli impatti e quelli programmati e conseguiti, si potranno rappresentare tramite il Quadrante del Valore Pubblico: si fotografa una situazione di generazione di valore quando il "diagramma a radar" degli

impatti prodotti (risultati) è almeno in linea con quello degli impatti attesi (target) e comunque esterno, e quindi superiore, al diagramma degli impatti di partenza (baseline).

La missione istituzionale della ULSS 9 Scaligera è la creazione di Valore Pubblico (VP) a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Il Valore Pubblico Aziendale si crea perseguendo i propri programmi operativi e, per tale tramite, i propri programmi strategici (Deidda Gagliardo, “Il VALORE PUBBLICO. La nuova frontiera delle performance”). Il perseguimento del Valore Pubblico da parte delle pubbliche amministrazioni avviene attraverso il ciclo della performance, che deve individuarlo come fine ultimo.

Il **Piano Integrato** è lo strumento operativo per sviluppare, in modo strutturato, la pianificazione delle attività amministrative relative alla performance, alla trasparenza e all’anticorruzione e che per coerenza programmatica verticale e orizzontale dovranno derivare dalla programmazione strategica e dalla programmazione economico-finanziaria. Il Piano Integrato è quindi lo strumento di guida manageriale per il perseguimento del Valore Pubblico e la fonte per le verifiche.

Partire dai disabili, dagli anziani, dai più fragili tra i cittadini e le imprese pensando che la digitalizzazione non deve essere per pochi e non deve aggiungere barriere ma che l’innovazione deve fare rima con giustizia sociale”, come ha affermato il Ministro per la pubblica amministrazione Renato Brunetta.

Performance

In questa sezione si rende conto della traduzione in obiettivi gestionali delle strategie di creazione di valore pubblico che l'Azienda ha identificato. Si è ritenuto di enfatizzare in questa sezione gli aspetti di collegamento tra la performance ed il Valore, nonché le altre sezioni del Piano integrato, inserendo nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive 2023", gli aspetti analitici, tecnici e di dettaglio relativi a:

- Specifici obiettivi ed indicatori assunti per la valutazione della performance
- Processo di Budgeting ed assegnazione delle responsabilità
- Modalità di misurazione della performance ed in particolare il **collegamento con l'erogazione dei fondi incentivanti**.

Il Capitolo è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e nel rispetto delle indicazioni della DGRV 1717/2022 che richiama nelle Linee Guida per il PIAO l'opportunità di richiamare i contenuti minimi identificati con DGR 140/2016 al fine della redazione del Piano della performance.

Esso è finalizzato, in particolare, alla programmazione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza e di efficacia i cui esiti dovranno essere rendicontati nella relazione di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del predetto decreto legislativo (Relazione sulla performance da adottare entro il 30/6 di ogni anno).

Risultati e Sistemi esterni di misurazione della performance Aziendali

I sistemi di misurazione della performance delle aziende, delle attività e dei sistemi sanitari condividono l'uso di batterie di indicatori numerici, confrontati con target specifici di soddisfazione, variamente integrati e sintetizzati per evidenziare le aree di eccellenza e di debolezza.

Il confine tra misurazione della performance e misurazione della creazione di valore non è sempre netto e chiaramente individuabile, specialmente quando taluni indicatori numerici si possono utilizzare per entrambi i fini; in generale però è possibile distinguere un piano di orientamento strategico, tendenzialmente teso a verificare gli impatti dell'attività pubblica sulle variabili sociali esterne, da un piano più squisitamente gestionale ed operativo. La performance pertanto attiene a questo secondo piano ed include la declinazione della programmazione strategica a livello operativo, attraverso il processo di budget, determinando un **adeguato sistema di responsabilizzazione della dirigenza aziendale**.

L'aggancio degli obiettivi operativi alla strategia, e da questa alla creazione di valore, si giova in particolar modo di sistemi di valutazione esterni all'azienda, che producono analisi pubbliche, disponibili alla lettura di tutti gli stakeholders ed a talune condizioni, di facile fruibilità anche per il comune cittadino. Tra i sistemi di valutazione più conosciuti a livello italiano ricordiamo:

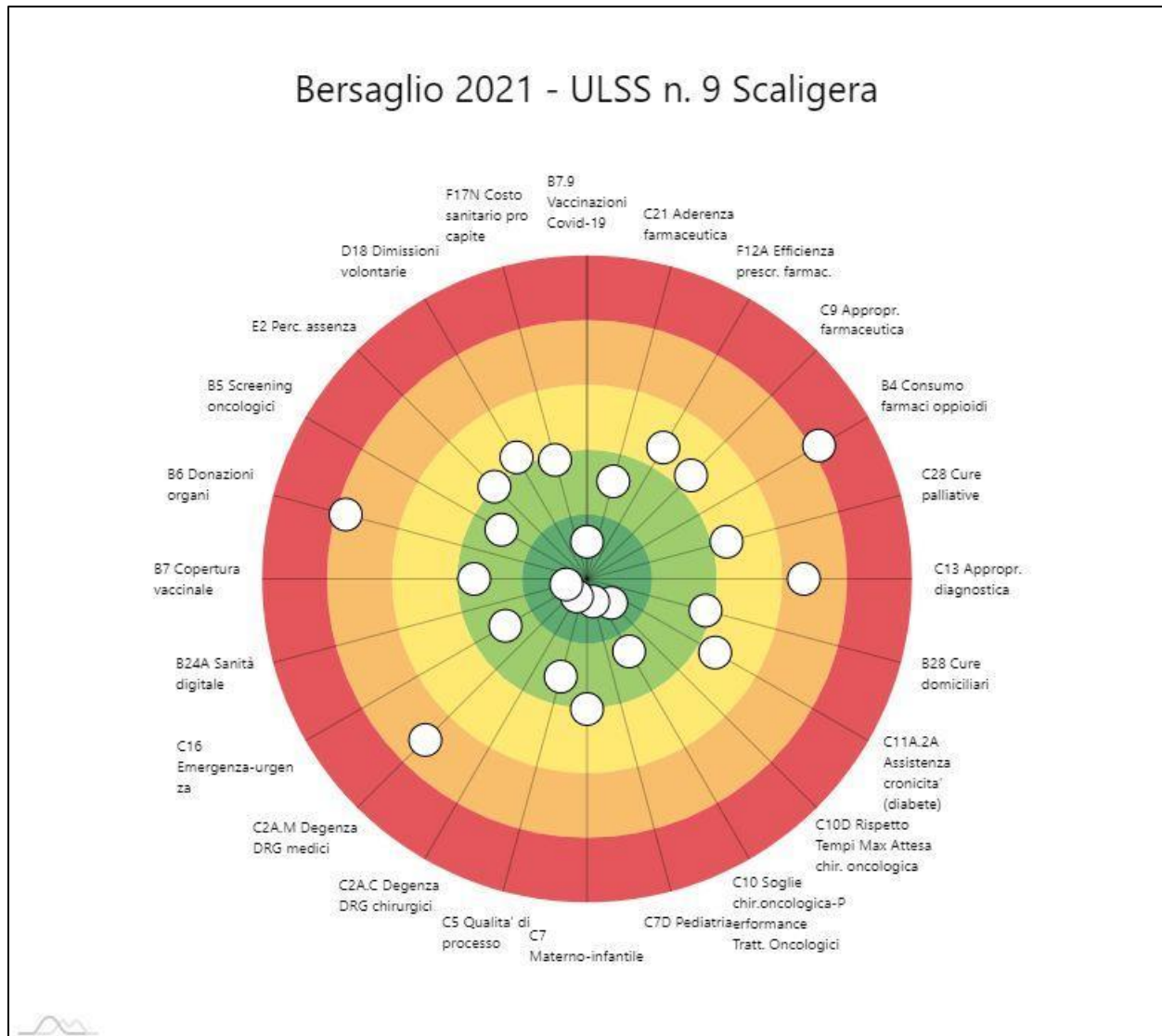
- Sistema di Valutazione delle Performance della Scuola Sant'Anna dell'Università di Pisa (<https://performance.santannapisa.it>) che propone i dati forniti da un Network volontario di Regioni italiane ed identifica la performance fino al livello della singola azienda sanitaria
- Nuovo Sistema di garanzia (<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>) che ha sostituito il precedente monitoraggio dei LEA (cosiddetta Griglia LEA) e contempla un numero elevato di indicatori, calcolati dal ministero solo a livello di Regione
- Programma nazionale Esiti (<https://pne.agenas.it/>) che raccoglie e rappresenta per singolo presidio, i dati di qualità dell'assistenza ospedaliera, in modo particolare con riferimento agli esiti ed alla sicurezza delle procedure.

Interessanti in quanto spesso citati dalla stampa, anche la classifica degli ospedali stilata dal settimanale americano Newsweek (ultimo aggiornamento <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2020/italy>) e la classifica Euro Health Consumer Index (EHCI) purtroppo ferma al 2018 (<https://healthpowerhouse.com/publications/#200118>) che ha un focus specifico partendo dal punto di vista dei pazienti, più che delle strutture.

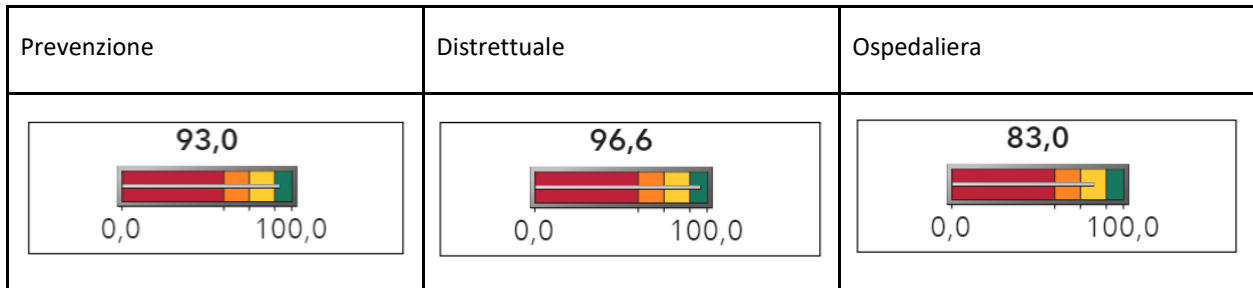
Alcuni indicatori specifici sono oggetto di valutazione da tutti i sistemi.

Si riportano di seguito alcune delle ultime rappresentazioni della performance storica aziendale come disponibili sulle piattaforme citate.

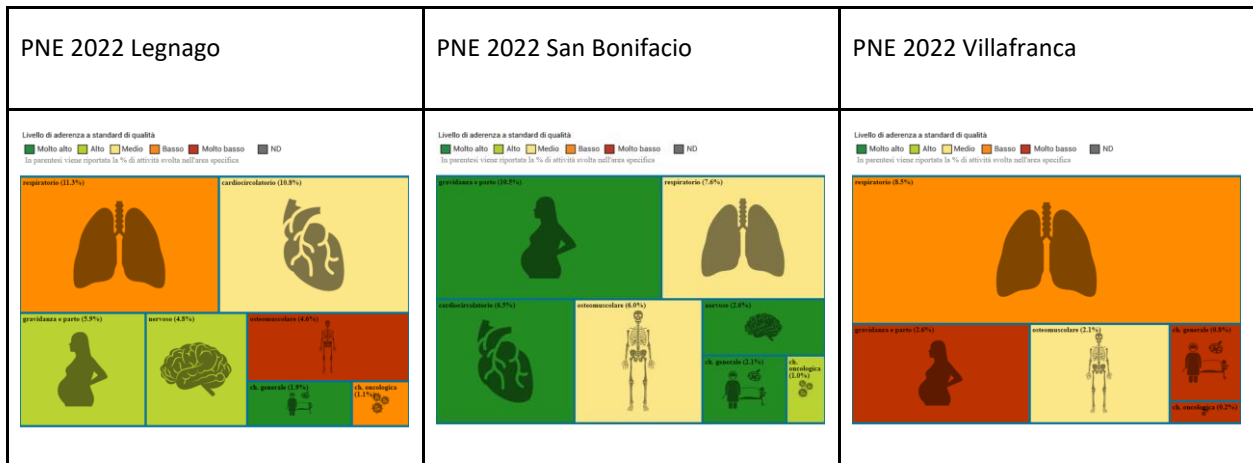
Il Bersaglio Sant'Anna di Pisa (Dati 2021) mostra in generale una buona risposta dell'azienda, con numerose eccellenze, ed unicamente con alcune criticità nell'area farmaceutica, dell'appropriatezza diagnostica e delle degenze medie.



Il Ministero non produce a livello di singola Azienda i Dati del NSG, ma la Regione Veneto ha predisposto un cruscotto nel quale, almeno una parte degli indicatori, trova rappresentazione. La sintesi dei dati stimati per il 2022 è riportata sotto:



Come si può vedere solo l'area dell'Ospedale scende sotto la soglia di eccellenza, in corrispondenza degli indicatori che anche il sistema PNE indica come problematici.



Il PNE 2022 (dati SDO 2021) evidenzia in particolare gli effetti negativi che il Covid ha avuto negli ospedali dell'ULSS. Particolarmente evidenti le difficoltà nell'area Pneumologica, ortopedica a Legnago, ostetrica e chirurgica a Villafranca.

Obiettivi di performance Aziendali

L'Azienda riconduce i propri obiettivi in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici che l'azienda deve perseguire. Nel triennio 2020-2022 alle 4 aree è stata affiancata un'area strategica dedicata alla gestione dell'epidemia Covid-19, con obiettivi specifici considerati esauriti con la conclusione dell'emergenza sanitaria. A partire dal 2023 infatti le attività permanenti post-pandemia sono ricondotte all'attività sanitaria ordinaria e quindi nell'Area Strategica di Erogazione dei LEA.

Tabella 5 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

| | | |
|-------------------|---------------------|--|
| Area Strategica 1 | | Erogazione dei LEA |
| | Macro-obiettivo 1.1 | Prevenzione |
| | Macro-obiettivo 1.2 | Assistenza Territoriale |
| | Macro-obiettivo 1.3 | Assistenza Ospedaliera |
| | Macro-obiettivo 1.4 | Prestazioni Specialistiche |
| | Macro-obiettivo 1.5 | Tempi di Attesa |
| | Macro-obiettivo 1.6 | Attività Sociosanitaria e Sociale |
| | Macro-obiettivo 1.7 | Aspetti relazionali con gli utenti |
| | Macro-obiettivo 1.8 | Gestione del Rischio Clinico |
| Area Strategica 2 | | Sostenibilità economico-finanziaria |
| | Macro-obiettivo 2.1 | Equilibrio Economico |
| | Macro-obiettivo 2.2 | Limiti di Costo |
| | Macro-obiettivo 2.3 | Gestione delle risorse finanziarie |
| Area Strategica 3 | | Informatizzazione e Flussi Informativi |
| | Macro-obiettivo 3.1 | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| | Macro-obiettivo 3.2 | Qualità e Completezza dei Flussi Informativi |
| Area Strategica 4 | | Organizzazione Aziendale |
| | Macro-obiettivo 4.1 | Sviluppo dei sottosistemi aziendali |
| | Macro-obiettivo 4.2 | Organizzazione del Lavoro |
| | Macro-obiettivo 4.3 | Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici |
| | Macro-obiettivo 4.4 | Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza |

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive 2023" si **dettaglia il processo di budget** e si riportano le fonti ed il dettaglio degli obiettivi di performance per l'anno 2023 suddivisi per singola Area, alla luce delle più recenti disposizioni (Obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2023 DGR 1702/2022 ed Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliare per l'anno 2022, nota Prot. n. 200034 del 10.10.2022).

In coerenza con le Linee Guida Ministeriali per questa sezione del PIAO si segnala che:

- in merito agli **obiettivi di semplificazione** nel Documento delle Direttive si enfatizza che:
 - Gli obiettivi di Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa, cui seguono progetti speciali per la digitalizzazione (ad esempio lo sportello distrettuale on-line) sono di per se tesi alla semplificazione dei rapporti con il cittadino.
 - Per favorire la semplificazione, in particolare tramite la digitalizzazione, l'azienda persegue lo Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP (S.3.S.2 dell'Allegato A DGR 1702/2022).
 - Da non dimenticare poi che tutta la progettualità relativa alla riforma dei servizi territoriali con il DM 77 (in parte finanziata da risorse PNRR) è interamente tesa ad aumentare l'efficacia dei servizi, ma anche la loro vicinanza al bisogno nell'ottica di semplificare l'accesso (Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 obiettivo Q.5.D.5 dell'Allegato A DGR 1702/2022);
- gli **obiettivi di digitalizzazione** rilevanti per la Performance sono:
 - innanzitutto quelli dell'area S.3 Perseguimento PNRR M6 e S.4 Avvio Sistema Informativo Ospedaliero (Allegato A DGR 1702/2022),
 - ma altrettanto rilevanti per il cittadino/utente/paziente anche in un'ottica di semplificazione, sono le previsioni dell'obiettivo Q.5.D.1 "Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali";
- per gli **obiettivi di efficienza**, intesa soprattutto come rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie, viene dato molto peso al tema, in particolare con:
 - gli obiettivi della DGR 1702/2022 dell'area S.1 Miglioramento dei tempi di attesa che pesa per *oltre la metà dei punti valutati dalla Giunta Regionale*.
 - Con accezione differente, ma molto pregnante, la programmazione prevede la presenza di tetti di spesa e vincoli sui risultati di bilancio, debito scaduto e tempi di pagamento, che richiedono continui miglioramenti sul piano dei processi interni (E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari);
- per gli **obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione**:
 - in primo luogo si ricorda che l'obiettivo E.4.S.7 Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza rimarca l'attenzione che l'azienda pone nel ciclo performance al tema della trasparenza (trattato nella successiva sezione del PIAO).
 - Da evidenziare anche l'obiettivo di misurazione della qualità percepita (PREMs, PROMs, PaRIS) ed il già citato obiettivo per i teleconsulti (Q.5.D.1).
- obiettivi e performance **per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere** va evidenziato:
 - quanto previsto con l'obiettivo Q.15.S.1 Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo) particolarmente rilevante sul tema del Benessere Organizzativo (vedi infra nella sezione dedicata),
 - ma anche i molteplici obiettivi dedicati all'inclusione dei soggetti fragili, quali il Q.6.T.1 Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) ed il Q.6.T.4 Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA).
 - Rilevante anche l'obiettivo di Formazione del personale in particolare con gli obiettivi di Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM (Q.12.S.1).

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive 2023", si dedica un Capitolo (3.2 Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore) all'approfondimento delle relazioni tra i principali obiettivi di performance e le strategie tese alla creazione di Valore.

In particolare si segnala con riferimento alle diverse strategie di creazione di Valore pubblico:

- A. Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini:
 - a. Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali;
 - b. Effettuazione delle attività di Screening;
 - c. Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali;
 - d. Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR);
 - e. Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard
- B. Attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari:
 - a. Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr;
 - b. Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero
 - c. Attuazione del PNRR
- C. Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti:
 - a. Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva;
 - b. Rispetto del livello di costosità programmata regionale
- D. Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche e;
- E. Rispetto sostanziale dei principi di trasparenza:
 - a. Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Rischi corruttivi e trasparenza

PARTE I Gestione Dei Rischi Corruttivi

PREMESSA

In coerenza con le attività sostenute nell'anno 2022 e con l'articolo 6 del [Decreto Legge n. 80 del 2021](#), il cosiddetto "[Decreto Reclutamento](#)" convertito dalla [Legge 6 agosto 2021, n. 113](#), in cui appare evidente l'intento del Legislatore di ricomprendere in un unico documento i molteplici Piani (e adempimenti) in vigore per le PA, nel tentativo di rendere più organica la fase di pianificazione interna alle Aziende/Enti, ponendosi come obiettivi:

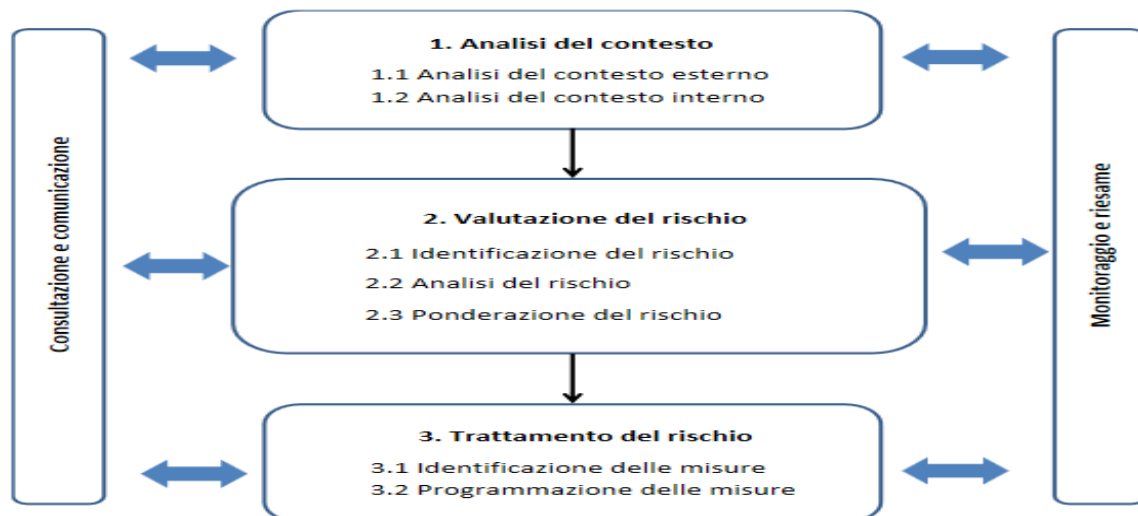
- **garantire la massima semplificazione,**
- **sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi assi di programmazione,**
- **garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese;**
- **progressiva reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del D.Lgs 150/2009 e della Legge 190/2012;**

nel programmare l'attività in previsione dell'adozione del P.I.A.O. relativamente alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si è ritenuto opportuno adottare nella ULSS 9, un aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'anno 2022, assicurando in tal modo una solida base per creare le condizioni della corretta transizione al P.I.A.O.. In tal modo infatti, si garantisce la più ampia integrazione delle logiche del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con gli altri strumenti di pianificazione aziendali.

Per il triennio 2023-2025, la linea guida di riferimento è il PNA - ANAC approvato il 16 novembre 2022, rimasta fedele all'interpretazione dell'allegato metodologico al Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019 e alle relative indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Come previsto dall'ALLEGATO 1 - Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi della Deliberazione 1064 del 13 novembre 2019 - Il processo di gestione del rischio di corruzione si articola nelle fasi rappresentate nella Figura:

Figura 4 Il processo di gestione del rischio di corruzione



*Dal medesimo allegato "... Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, **il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.***

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

In tale contesto è altamente auspicabile, come buona prassi, non introdurre ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati.

Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento.

Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali (la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema)....".

Con l'adozione del PIAO – Sezione2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, la Direzione dell'AULSS 9 Scaligera intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- in primo luogo, contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità, concretizzato dallo sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiornamento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura;
- in secondo luogo, ma non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione amministrativa e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

La sotto-sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza", così come il PNA da cui deriva, è uno strumento finalizzato alla prevenzione della corruzione, concetto comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche

le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza

un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, prendere in considerazione atti e

comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

In questi anni sono intervenuti forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi derivante dalla pandemia, oggi reso ancor più problematico dagli eventi bellici in corso nell'Europa dell'Est. L'ingente flusso di denaro a disposizione, da una parte, e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, dall'altra, ad avviso dell'Autorità ANAC, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative.

Il PNA 2022 ha quindi una parte speciale, incentrata sulla disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici a cui si è fatto frequente ricorso per far fronte all'emergenza pandemica e all'urgenza di realizzare interventi infrastrutturali di grande interesse per il Paese. Detta parte, pur delineata nel quadro del vigente Codice dei contratti pubblici è prevalentemente ancorata ai principi generali di derivazione comunitaria contenuti nelle direttive e, sarà aggiornata laddove le future modifiche della normativa nazionale lo rendessero necessario.

Dettaglio sulle frodi nell'Allegato 3 "Dettaglio sulle Frodi".

1 IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO.

La strategia per la prevenzione del rischio di corruzione della ULSS n. 9 è basata sui principi individuati dal P.N.A., relativamente alla gestione efficace del rischio, che fanno riferimento metodologico a quelli individuati dalla norma UNI-ISO 31000:2010 dell'analisi dei rischi, in particolare:

- sull'analisi dettagliata del contesto, cioè sull'insieme degli operatori coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali nonché sulla stima:
 - della situazione socio-culturale in cui l'azienda si colloca, analizzando i valori etici e morali che possono influenzare la reputazione dell'azienda;
 - della situazione politico-economica, individuando quali scelte politiche influenzano l'operato dell'azienda e l'andamento del bisogno di salute in cui essa si colloca;
 - dello sviluppo tecnologico, dei miglioramenti delle infrastrutture;
 - dell'ambiente, inteso come causa di possibili difficoltà (trasporti) o calamità;
 - della presenza di competitors locali, nazionali e internazionali.
- L'unione dell'influenza delle terze parti e delle caratteristiche specifiche permette di individuare il peso del contesto esterno nell'attività aziendale.
- Sull'identificazione per ciascun processo dei rischi, consistente nella mappatura dei processi e la relativa analisi: ricerca, individuazione e misurazione dell'esposizione ai rischi, in particolare al rischio di corruzione;
- Sul trattamento del rischio: completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a "neutralizzarlo" o ridurlo, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Nell'Aziende/Istituti del SSR (Servizio Sanitario Regionale), la necessità di assicurare ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi, garantendo allo stesso tempo l'equilibrio economico-finanziario, richiede l'applicazione dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità in ogni aspetto gestionale ed organizzativo del sistema.

In quest'ottica, la costituzione e l'implementazione del Sistema di Controllo Interno (SCI), quale elemento della gestione per il governo dei rischi amministrativo-contabili e di corruzione, è stato un obiettivo di fondamentale importanza per l'intero Sistema Sanitario Regionale.

E' stato inoltre determinante dare Univocità e Centralità al Sistema: approccio integrato alla gestione e valutazione del Sistema di Controllo Interno e Gestione dei Rischi (come da Piano Anticorruzione ex L.190/2012, riconducibile alla più ampia nozione di SCIGR). E' così infatti possibile l'eshaustività e la trasversalità della valutazione dei rischi.

Infatti l'adeguatezza SCIGR aziendale si misura, anche, nella sua capacità di prevenire le frodi (aziendali, interne ed esterne).

1.1 – Analisi del contesto.

L'allegato metodologico al Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019 fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo", indicazioni che tale allegato metodologico ha integrato e aggiornato, alla luce dei principali standard internazionali di risk management, tenendo conto delle precedenti esperienze di attuazione dei PNA e delle osservazioni pervenute. L'allegato diventa pertanto l'unico documento metodologico da seguire per la P.A. nella programmazione della prevenzione della corruzione e della trasparenza per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo, mentre restano validi riferimenti gli approfondimenti tematici (es. contratti pubblici, sanità, istituzioni universitarie, ecc.) riportati nei precedenti PNA.

L'allegato metodologico evidenzia che la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Infatti, le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione e rappresentano uno degli elementi in base ai quali definire la strategia di prevenzione e tarare le relative misure alle specifiche criticità.

1.1.1 - Il contesto esterno.

L'analisi del contesto esterno ha rilevanza ai fini di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente di operatività dell'Amministrazione possa o meno dare luogo al verificarsi di fenomeni corruttivi. Infatti la diffusione della presenza di organizzazioni criminali è uno degli eventi che amplia il rischio di frequenza della corruzione, indipendentemente dall'ambito di azione dell'ente.

1.1.1.1 **Le informazioni di carattere generale** hanno trovato ampia esposizione nella **Sezione 1** del presente elaborato: "L'azienda in Cifre" sia per l'aspetto dell'analisi dei dati Demografici ed Epidemiologici, sia per l'aspetto delle Strutture ed attività della ULSS 9 Scaligera. Informazioni sul territorio e l'occupazione lavorativa disponibili nell'Allegato 4 "Dettaglio del Contesto Esterno".

1.1.1.2 **Risorse e Produzione:** dalla Relazione di Bilancio consuntivo 2021, della ULSS 9 Scaligera, emergono le informazioni sintetiche dei processi produttivi studiati in ambito di prevenzione della corruzione. Gli ulteriori dati di attività possono essere confrontati al [link https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Bilanci/Bilancio%20consuntivo/CONSUNTIVO2020/BE2020RelazSullaGestione.pdf](https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Bilanci/Bilancio%20consuntivo/CONSUNTIVO2020/BE2020RelazSullaGestione.pdf)

1.1.1.3 Corruzione, Ordine e Sicurezza Pubblica, Criminalità

Gli elementi che possono invece chiarire una visione in ambito di criminalità organizzata e corruzione vengono dalle maggiori istituzioni. Dettagli disponibili nell'Allegato 4 "Dettaglio del Contesto Esterno"

1.1.2 – Il contesto interno

E' stata ampiamente illustrata l'analisi dei dati demografici ed epidemiologici nella **Sezione 1** del presente elaborato, a tale analisi va aggiunto l'assetto istituzionale dell'Azienda che è disciplinato dall'Atto Aziendale, documento con cui vengono definiti i principi generali, le linee strategiche e l'assetto organizzativo dell'Azienda. Esso esplicita la mission, ossia la ragione d'essere dell'Azienda e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite, la vision, vale a dire l'insieme degli obiettivi di lungo periodo, ed il sistema valoriale a cui si ispira la gestione aziendale.

L'organizzazione dell' Azienda Sanitaria ULSS n. 9 Scaligera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'organizzazione dell'Unità Locale Socio Sanitaria si basa sul principio della separazione della Direzione Strategica dalle direzioni operative, con conseguente adozione diffusa del principio di responsabilizzazione sui risultati esteso, a tutti i Dirigenti delle strutture aziendali.

La Direzione Strategica dell'Azienda compete al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, in ciò coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Sociali.

Il principio della distinzione tra le funzioni di programmazione, di indirizzo e controllo da un lato e quelle di attuazione e gestione dall'altro, si attua con un sistema di deleghe che vede, di norma, permanere in capo alla competenza del Direttore Generale l'adozione di tutti gli atti di programmazione aziendale e di alta amministrazione, mentre l'esercizio del potere per la realizzazione degli obiettivi aziendali programmati viene delegato ai Responsabili di Struttura Complessa.

Gli obiettivi aziendali sono definiti in sede di programmazione sociosanitaria regionale e attribuiti, quale competenza propria, al Direttore Generale all'atto del conferimento dell'incarico.

La Direzione Strategica persegue il raggiungimento degli obiettivi assumendo tutti i piani e i progetti conseguenti, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, mediante atti di programmazione, di indirizzo e controllo.

Il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore dei Servizi Sociali collaborano con la Direzione Generale nella definizione del sistema di piani e progetti, pur rimanendo in capo al Direttore Generale tutti i poteri di gestione conseguenti.

L'Azienda persegue l'obiettivo di coinvolgere nel processo decisionale aziendale i Dirigenti Responsabili delle strutture semplici e complesse.

Ai Responsabili delle strutture complesse (strutture fondamentali/dipartimenti/unità operative complesse) il Direttore Generale delega la funzione gestionale delle strutture cui sono preposti, che vede, quale momento principale di attuazione, quello della negoziazione e conseguente definizione del "Budget". Ai medesimi Dirigenti, oltre alla funzione gestionale, il Direttore Generale conferisce la delega ad assumere decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di pianificazione aziendale.

Il Direttore Generale attua un sistema permanente di valutazione dell'attività e delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie, tecniche ed amministrative, oltre che di controllo e di verifica del raggiungimento degli obiettivi aziendali, così come previsto dal D.Lgs. 286/99 e s.m.i. In caso di difformità rispetto agli obiettivi pianificati, sussiste la responsabilità del Dirigente preposto con la conseguenza che il Direttore Generale revoca gli atti e i provvedimenti difformi e avoca l'adozione degli atti di gestione dovuti.

Le funzioni ed i compiti sono oggetto di specifica definizione con atto di organizzazione, che definisce gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza.

Per quanto attiene ai criteri ed alle modalità di conferimento, di revoca e di esercizio della delega delle funzioni si rinvia al “**Regolamento di disciplina dell’istituto della delega di funzioni ai dirigenti**” allegato all’atto aziendale.

1.1.2.1 - I Soggetti della Strategia di Prevenzione della Corruzione.

I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione nell’AULSS n. 9 sono:

- il Direttore Generale, unitamente al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Direttore dei Servizi Socio-sanitari,
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- i Referenti per la prevenzione della corruzione,
- i Dirigenti,
- l’Organismo Indipendente di Valutazione,
- l’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari,
- il Responsabile del Servizio Risorse Umane,
- i dipendenti dell’amministrazione,
- i collaboratori esterni,
- gli stakeholders.

Più in particolare:

Il Direttore Generale e i suoi diretti collaboratori sono i primi artefici della prevenzione della corruzione e assicurano il loro fondamentale sostegno all’azione del RPCT e:

- a) designano e supportano il RPCT ;
- b) adottano il PTPCT, i suoi aggiornamenti e tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: codice di comportamento, patto di integrità, ecc.);
- c) garantiscono il coordinamento degli atti adottati al PTPCT, a partire da quelli organizzativi.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

elabora la proposta di PTPCT ed esegue le attività di monitoraggio e verifica previste nell’allegato 3, “Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza” di cui alla deliberazione ANAC numero 1064 del 13 novembre 2019

I Referenti dei Servizi/Uffici per la prevenzione della corruzione

In generale i Referenti dei Servizi/Uffici sono i dirigenti a capo delle stesse o i funzionari esperti da essi delegati; essi svolgono attività informativa nei confronti del RTPC, perché questi abbia elementi e riscontri sull’intera organizzazione e un costante monitoraggio sull’attività svolta dai dirigenti assegnati alle varie strutture. L’obiettivo è appunto quello di creare, attraverso la rete dei Referenti, un sistema di comunicazione e di informazione circolare, per assicurare che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate e monitorate secondo un processo partecipato, che offre maggiori garanzie di successo.

In particolare, i Referenti supportano sia il RTPC che le strutture per:

- a) la mappatura dei processi amministrativi;

- b) l'individuazione e la valutazione del rischio corruzione nei singoli processi amministrativi e loro fasi, partecipando al processo di gestione del rischio e osservando le misure contenute nel PTPCT ;
- c) l'individuazione di misure idonee di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio corruzione;
- d) attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto da parte dei dirigenti responsabili, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- e) l'elaborazione della revisione annuale del Piano.
- f) collaborano con il RPCT alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione;
- g) compilano semestralmente / annualmente il questionario-relazione predisposto dal RPCT, indicando le criticità riscontrate relativamente agli strumenti di controllo e le azioni di miglioramento tese a garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali, caratterizzanti gli sviluppi organizzativi e gli eventuali suggerimenti da includere nell'aggiornamento del PTPCT. (*Questionario WEB da compilare in rete aziendale*).
- h) trasmettono eventuale breve relazione sui casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza del RPCT stesso e relativi a nuovi bisogni formativi.

Sono previsti specifici incontri periodici con i Referenti, al fine di condividere le problematiche e le strategie in materia di anticorruzione.

I Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché dell'UPD (art. 16 d.lgs. 165/2001; art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1 c. 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- b) partecipano al processo di gestione del rischio e propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. 165/2001) e assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- c) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 *bis*, d.lgs. 165/2001);
- d) osservano le misure contenute nel PTPCT;
- e) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e la loro pubblicazione ai fini del rispetto di quanto stabilito dal d.lgs. 33/2013.

L'Organismo Indipendente di Valutazione riveste un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza dell'Azienda, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Al riguardo si rinvia al d.p.r. del 9 maggio 2016, n. 105 «*Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche*» e, in particolare all'art. 6. Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009). La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44).

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009. L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001. Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012

rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012). Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in linea di continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per l'ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, oltre a svolgere i procedimenti disciplinari di propria competenza (art. 55 *bis* d.lgs. 165/2001):

- a) propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.p.r. 3/1957; art.1 c. 3, l. 20/1994; art. 331 c.p.p.);

Per quanto attiene ai **dipendenti**, la prevenzione della corruzione deve diventare un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Azienda, indipendentemente dal ruolo ricoperto. Buona parte degli operatori lavora a contatto con il pubblico e contribuisce (in positivo o in negativo) alla costruzione dell'immagine dell'Azienda. La diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza. Ogni dipendente deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;
- b) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui è venuto a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al RPCT o all'UPD (art.54 *bis* d.lgs 165/2001);
- d) segnalare per iscritto casi di personale conflitto di interessi (art. 6 *bis* l. 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento nazionale e Codice Etico e di Comportamento Aziendale);
- e) segnalare al proprio dirigente gerarchico o al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Azienda, sono tenuti al rispetto di quanto prescritto nel presente PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza ed a segnalare al RPCT le eventuali situazioni di illecito di cui vengano a conoscenza. Ai fini del Piano per "collaboratori" si intendono coloro che, in forza di rapporti di lavoro autonomo o di altro genere, diversi da quelli che contraddistinguono i rapporti di dipendenza, sono inseriti, per ragioni professionali, nelle strutture dell'Azienda.

Stakeholders.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli "stakeholders" partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della

customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

1.1.2.2 - Le Linee di Produzione

La produzione aziendale è assicurata dalle strutture tecnico funzionali complesse, quali:

- Distretto Socio Sanitario
- Dipartimento di Prevenzione
- Ospedale

Esse concorrono alla gestione caratteristica dell'Azienda e sono dotate di autonomia gestionale e soggette a rendicontazione analitica.

Ad assicurare la produzione aziendale concorrono altresì i seguenti Dipartimenti di rilievo legislativo (ex art. 18 L.R. n.5/1996):

- Dipartimento delle dipendenze
- Dipartimento di salute mentale.

1.1.2.3 - I servizi tecnico-amministrativi e di staff

Le funzioni tecnico amministrative sono finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione; esse ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

Le funzioni di Staff della Direzione Strategica assolvono invece ad una molteplicità di ruoli ed attività eterogenee di tecnostruttura.

A. Le funzioni tecnico amministrative sono finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione; esse ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura amministrativa.

B. Le funzioni di Staff della Direzione Strategica assolvono invece ad una molteplicità di ruoli ed attività eterogenee di tecnostruttura.

Data la particolare attenzione che la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza impongono sulla formazione del personale, in particolare per quello operante nelle aree a maggior rischio, la sottosezione di programmazione "Rischi corruttivi e trasparenza" deve integrarsi e completarsi con l'ambito della "Formazione del Personale" riportata ai paragrafi della sottosezione "Piano triennale dei fabbisogni di personale" tra cui

- a) priorità strategica di riqualificare e potenziare le competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello e filiera professionale;
- b) criteri di scelta dei soggetti che erogano la formazione e dei contenuti della formazione;
- c) strumenti di individuazione dei soggetti da formare;
- d) individuazione degli obiettivi e dei risultati formativi.

2 - Considerazioni generali

Il contesto interno è l'insieme dei fattori dell'impresa che influenzano, in modo determinante, la gestione dei rischi. Tale contesto è l'ambiente in cui si viene ad applicare il processo di gestione integrata dei rischi.

In primo luogo devono essere esplicitati gli obiettivi aziendali, sia di breve che di lungo periodo, al fine di individuare quelli inerenti la gestione dei rischi, ottenendo in questo modo una coerenza fra i due diversi livelli. La definizione degli obiettivi di gestione dei rischi è un aspetto estremamente critico nell'implementazione dei sistemi di Enterprise Risk Management (ERM), questo perché essi vengono individuati con il duplice scopo di contenere il rischio aziendale da una parte, e al contempo massimizzare il valore di mercato dell'impresa. Per perseguire questa finalità l'impresa deve quindi esplicitare l'intero processo di gestione dei rischi già in fase di progettazione dell'attività stessa, in modo da individuare correttamente le fasi necessarie al raggiungimento degli obiettivi definiti.

In secondo luogo, il contesto interno contiene l'insieme di tutte le componenti organizzative coinvolte. Non basta considerare solo la struttura organizzativa come complesso di responsabilità, mansioni e compiti ma di questa è necessario cogliere elementi qualitativi come la cultura d'impresa, le motivazioni dei manager, i rapporti tra i dipendenti posti a livelli organizzativi diversi, ecc..

Infatti la gestione del rischio non è solamente un'attività posta nelle mani di un team separato, ma coinvolge attivamente tutti i diversi livelli organizzativi, i quali oltre a un insieme di compiti da svolgere, devono condividere i valori culturali e sociali che permeano la struttura, in modo da creare una visione globale di ottimizzazione aziendale.

Tale argomento, di natura piuttosto complessa e articolata, merita un approfondimento nella descrizione del processo di ERM. (Allegato 5 "Anticorruzione: Dettaglio mappatura dei processi aziendali")

Per avere una visione "dell'Ambiente Interno" tradotta da indicatori tangibili si è pensato di effettuare una periodica auto valutazione, ad oggi da rivolgere al management, attraverso un questionario di domande relative ai diversi fattori che influenzano "l'Ambiente Interno".

Il questionario, pensato in una delle tre aziende subordinate all'accorpamento della nuova Azienda ULSS n. 9, è diventato elemento comune allo sviluppo del Sistema di Controllo Interno della nuova Azienda Scaligera ed è quindi oggetto attuale del confronto con la Regione Veneto. La somministrazione dello stesso è prevista a seguito dell'approvazione formale.

2.1 Individuazione delle aree a rischio di corruzione

Con la DGR 995/2012 “Sviluppo della funzione di Internal Auditing finalizzata alla creazione ed alla gestione di un sistema di Controllo Interno nelle Aziende del SSR. DGR 2369 del 29/12/2011”, la Regione Veneto ha tracciato il percorso di sviluppo del Sistema di Controllo Interno, mettendo in atto tutte le iniziative necessarie ad avviare e consolidare il programma rivolto alla creazione ed alla gestione di un sistema dei controlli interni finalizzato a governare i rischi amministrativo-contabili.

La costituzione e l’implementazione del Sistema di Controllo Interno, quale elemento della gestione per il governo dei rischi amministrativo contabili, è stato pensato quale importante elemento di supporto e sinergia con la revisione volontaria di bilancio.

Nel 2012 la Direzione Regionale Controlli e Governo SSR ha provveduto a sviluppare e a mettere a punto un documento metodologico di identificazione dei processi delle Aziende ed Istituti del SSR, correlati ai conti di bilancio. Tale documento ha fornito una mappa di 40 processi rappresentativi di un’azienda sanitaria, segnando l’inizio dello sviluppo di una nuova mentalità organizzativa aziendale legata all’approccio alla gestione per processi. La gestione per processi è stata riconosciuta agevolare le organizzazioni nel miglioramento delle performance, agendo su più funzioni organizzative secondo una logica “orizzontale” di creazione del valore per il cliente. Questo innovativo approccio ha aiutato le organizzazioni a sviluppare un punto di vista privilegiato, che è quello del cliente, abbandonando l’impostazione dei silos organizzativi secondo una logica per funzioni.

Dopo aver elaborato l’identificazione dei processi la Regione Veneto ha pianificato la formazione in “training in the job” che ha consentito di coprire a livello regionale lo studio della maggior parte dei processi identificati, garantendo una buona copertura delle voci di bilancio.

I processi individuati per lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno Aziendale comprendono la totalità delle aree di rischio segnalate nei PNA, è quindi, diventato spontaneo evolvere il trattamento dei rischi collegati in sinergia con la politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità.

L’Azienda Sanitaria ULSS n. 9, in conseguenza alla Legge Regionale n. 19/2016, ha posto, inoltre, particolare attenzione ai rischi interni classificati in relazione ai *fattori abilitanti*:

- *“Risorse Umane” : Come rilevato dalla Corte dei conti, nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici del SSN, attribuibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità segnalate dalla Corte sono: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Come messo in rilievo, a seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4%). Nello stesso periodo il ricorso a personale flessibile in crescita di 11.500 unità ha compensato questo calo solo in parte. Per fronteggiare l'emergenza, sono state utilizzate procedure straordinarie di reclutamento del personale per il potenziamento, in particolare, delle reti di assistenza territoriale e dei reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, in deroga alla disciplina vigente. Sono stati disposti incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e, per garantire l'assistenza in caso di sostituzione del medico di medicina generale, la possibilità di esercitare la professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia previo giudizio di idoneità.*

Azioni fortemente esposte a rischi potenziali quali: scarsa competenza o negligenza delle persone, indisponibilità delle risorse, perdita di risorse umane rilevanti, frodi, collusioni, conflitti di interesse

- “Infrastrutture”: la complessità in termini di quantità di strutture e di diffusione delle sedi nel territorio aumenta il rischio di guasti alle infrastrutture, complica gli investimenti, va incontro ad una maggiore obsolescenza fisica o tecnologica;
- “Processi e Organizzazione”: l'accorpamento di tre diverse strutture aziendali in una unica nuova struttura come risultato della fusione delle organizzazioni iniziali, raccoglie rischi quali: Transazioni o attività incomplete o non svolte, strumenti o servizi non adeguati, attività non tempestive, attività non autorizzate, errori di esecuzione, registrazione, regolamento, documentazione, inadeguata attribuzione dei ruoli e delle responsabilità, carente o inadeguato sistema di rilevazione delle performance, carenze di controllo;
- “Tecnologia e sistemi”: l'estensione geografica che coinvolge complessivamente 98 comuni presenta gradi di evoluzione tecnologica diversi sono quindi prevedibili interruzione della struttura di rete, caduta dei sistemi di comunicazione, malfunzionamenti degli applicativi, errori di programmazione, scarsa sicurezza dei sistemi.
- “PNRR e Gestione dei Fondi Strutturali”: con i finanziamenti europei aumentano i rischi delle aree di attività coinvolte negli investimenti e per questo anche esposte al rischio di riciclaggio e al finanziamento del terrorismo.

Lo studio dei 40 processi identificati dalla Regione Veneto, come descrittivi dell'azienda sanitaria sono stati quindi affrontati in relazione ai fattori abilitanti sopra elencati e declinati secondo le prospettive dei rischi amministrativo – contabile, frode e compliance (D.Lgs. 33/2013 e smi), per unificare le metodologie di lavoro ed ottimizzare le risorse da dedicare ai controlli.

Ciò ha permesso di utilizzare al meglio le misure e le indicazioni introdotte dal Piano Nazionale Anticorruzione e realizzare il livello di equilibrio ottimale fra i due pilastri: la realizzazione piena delle finalità istituzionali di un'azienda sanitaria, da cui dipende il livello di salute di una popolazione e il contrasto ai tentativi e/o ai fatti corruttivi che si oppongono o ne ostacolano il perseguimento.

Il tipo di analisi del rischio sopra delineato ha mostrato chiaramente che tutte le strutture ed i processi considerati possono essere interessati a fenomeni di corruzione/maladministration ed in ognuno possono esservi delle attività a rischio.

Per la gestione della prevenzione del rischio di corruzione è stata adottata una metodologia di mappatura e valutazione che, non limitandosi alla mappatura dei soli processi afferenti alle “Aree di rischio comuni e obbligatorie” per tutte le Pubbliche Amministrazioni previste nel Piano Nazionale Anticorruzione, ha preso in esame ulteriori processi amministrativi e tecnici che i responsabili di struttura hanno ritenuto opportuno valutare.

Il presente Piano andrà pertanto, in parallelo al Piano dello sviluppo del SCI, progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

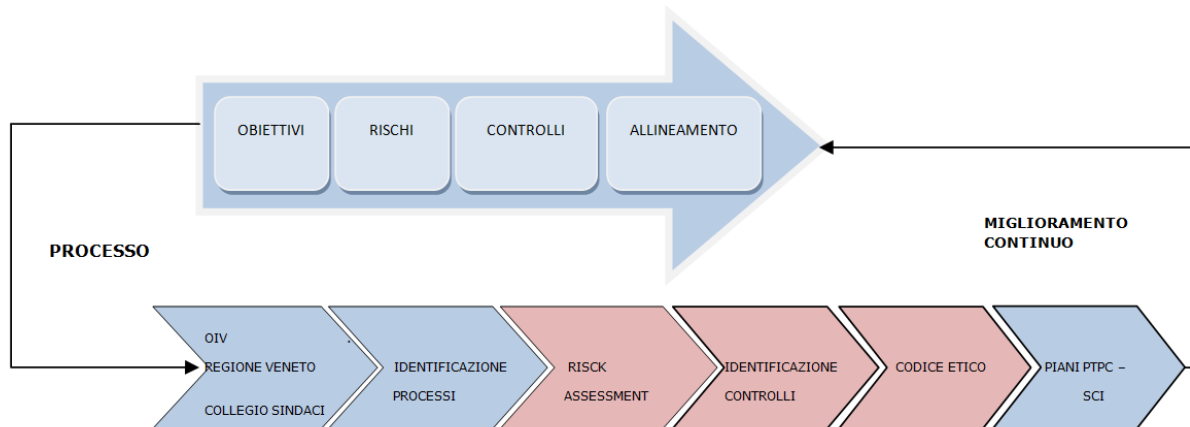
I **RISCHI** (eventi negativi anche potenziali) si oppongono alla realizzazione degli obiettivi se non intervengono dei controlli a contenerli.

In un Sistema di Controllo Interno il **DISEGNO** del controllo (insieme delle attività messe in azione per realizzare il controllo) è **competenza del management** dell'Ente.

L'**applicazione** del controllo (complessivamente del Sistema di Controllo Interno) è competenza di **tutte le risorse**

Il **Monitoraggio** sull'effettiva applicazione del Sistema di Controllo Interno **compete agli organi di controllo**

Figura 5 applicazione del Sistema di Controllo Interno



2.2 - Analisi di Processo

Per ciascun processo è stato definito il lavoro da sviluppare ed i risultati da raggiungere. Questi ultimi sono rappresentati da:

- procedura di descrizione dei processi studiati
- identificazione degli owner del processo
- azioni di miglioramento
- matrice rischi – controlli e calcolo dell'indice di rischio
- piani di contenimento dei rischi prioritari

La procedura utilizzata per lo studio di un processo è archiviata come manuale tecnico del Servizio di Internal Auditing, per fornire ai vari responsabili di Unità Operativa le indicazioni utili alla compilazione delle matrici.

La procedura da intendersi, quale istruzione operativa, per lo studio di processo aziendale, ripercorre in ordine logico tutti i passaggi relativi alla gestione del rischio oltre a fornire degli standard interpretativi per l'individuazione, la valutazione e il trattamento dei rischi.

Sono inoltre stati organizzati dei corsi di facilitazione con gruppi di lavoro caratterizzati dal Process Owner e da componenti di varie U.O. interessate al processo, in cui il R.P.C.T. ha illustrato i vari strumenti da impiegare nello

studio di processo valorizzando gli elementi comuni alla metodologia introdotta da ANAC con Deliberazione 1064/2019, allegato 1.

2.3 - Mappatura dei processi a rischio corruzione (Allegato 5 “Dettaglio mappatura dei processi aziendali”)

Il documento adottato “Mappatura dei processi a rischio corruzione – Allegato B al PTPC” è alimentato dalle informazioni riferite al processo di gestione del rischio, riportate all’interno delle mappature dei singoli processi. Da quest’ultime infatti sono stati estrapolati i seguenti dati: elencazione delle attività per ciascun processo, descrizione del rischio per attività (evento a rischio), livello di esposizione a rischio dell’attività, controlli individuati per il contenimento del rischio (prevenzione), soggetto responsabile dell’attuazione delle misure.

I processi e le relative informazioni sono state quindi oggetto di categorizzazione in base alle aree di rischio di rispettiva pertinenza.

Nel corso degli anni 2018 – 2021, sono stati quindi analizzati 28 processi a cui corrispondono altrettante matrici Rischi-Controlli riferibili alle aree di rischio generali “Risorse umane”, “Contratti pubblici”, “Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico e immediato”, “Affari legali e contenzioso”, “Incarichi e nomine”, “Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni”, “Risorse finanziarie”....

Lo studio dei processi ha permesso anche di migliorare la definizione dell’organizzazione andando incontro alla fusione delle attività, anche se, talvolta, le procedure non hanno trovato una descrizione univoca delle attività, restando articolate in diversi modi di fare.

I processi studiati sono:

1. Attività specialistica in regime di Libera Professione

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura agenda del Dirigente alla consegna del referto, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale

2. Acquisto Servizi Sanitari per medicina di base (assistenza MMG e PLS)

Descrizione dei limiti del processo: dalla verifica degli ambiti territoriali carenti alla liquidazione dei compensi e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni a favore di utenti fuori Ulss nonché alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali

3. Acquisto di prestazioni di Residenzialità e semi-residenzialità per anziani (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all’acquisizione della prestazione)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta di inserimento dell’utente alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati per il pagamento degli MMG

4. Gestione e sviluppo del patrimonio immobiliare e impiantistico (ICT escluso)

Descrizione dei limiti del processo: dall’aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione dei relativi costi e alla generazione dei dati per il calcolo delle imposte del patrimonio compreso le dismissioni / alienazioni

5. Controlli sanitari ufficiali in applicazione al D.Lgs. 194-2008

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di inizio attività alla fatturazione

6. Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale dipendente

Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale al pagamento dei cedolini stipendi ai dipendenti, alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP) e alla comunicazione di cessazione del dipendente all’ente Previdenziale di riferimento.

7. Prestazioni di ricovero in SSN

Descrizione dei limiti del processo: Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ULSS o alla fatturazione diretta a paganti in proprio o alla Prefettura.

8. Gestione del contratto di beni e servizi (compreso la logistica)

Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per erogazione di farmaci (file F) a utenti fuori Ulss o alla fatturazione diretta ad altri enti per cessione di beni oltre che alla determinazione del valore delle rimanenze finali di magazzino

9. Acquisto Servizi per medicina di base e specialistica ambulatoriale (Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni)

Descrizione dei limiti del processo: dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali

10. Acquisto servizi sanitari per farmaceutica (Farmacie territoriali) – Gestione farmaceutica Territoriale e assistenza integrativa (Farmacie territoriali)

Descrizione dei limiti del processo: dall'autorizzazione all'apertura della Farmacia alla liquidazione delle fatture e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per servizi a favore di utenti fuori ULSS

11. Acquisto servizi per assistenza protesica

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente al verbale di consegna all'utente e alla liquidazione della fattura

12. Acquisto di prestazioni da accreditati per assistenza Ospedaliera, Specialistica, Riabilitativa (ex art. 26), Termali

Descrizione dei limiti del processo: dalla definizione dei volumi di attività (Budget)/stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS

13. Acquisto di prestazioni di psichiatria (residenziale e semiresidenziale)

Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS

14. Acquisto di prestazioni di Residenzialità e Semi-residenzialità per disabili (il processo è relativo alla gestione diretta e/o all'acquisizione della prestazione)

Descrizione dei limiti del processo: dall'inserimento dell'utente alla liquidazione della fattura e alla eventuale generazione del flusso per l'addebito delle prestazioni in mobilità attiva per utenti fuori ULSS

15. Gestione delle attrezzature sanitarie

Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni

16. Attività di ispezione di igiene e sanità pubblica e veterinaria

Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione delle attività alla riscossione delle prestazioni effettuate

17. Attività di vaccinazione, rilascio certificazioni per patenti e certificazioni sanitarie ecc. (relative alla persona)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta dell'utente alla riscossione della prestazione erogata

18. Gestione del contenzioso

Descrizione dei limiti del processo: dalla segnalazione dell'evento alla chiusura/liquidazione e alla proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi

19. Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di sperimentazione alla fatturazione, al report di invio dei dati per il pagamento al personale partecipante e/o al report di chiusura della sperimentazione/ricerca

20. Gestione di servizi in outsourcing

Descrizione dei limiti del processo: dalla aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture e report di controllo del servizio e alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per eventuali prestazioni di trasporto sanitario a favore di utenti fuori ULSS (qualora il processo di trasporto in ambulanza sia esternalizzato).

21. Gestione e sviluppo del patrimonio impiantistico e attrezzature dell'area ICT

Descrizione dei limiti del processo: dall'aggiudicazione e firma del contratto alla liquidazione delle fatture compreso le dismissioni / alienazioni

22. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Descrizione dei limiti del processo: Dalla programmazione / apertura agenda alla consegna del referto e pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori ULSS o alla fatturazione alla Prefettura

23. Programmazione Fabbisogno e Gestione delle Gare di acquisto di beni e servizi

Descrizione dei limiti del processo: Descrizione dei limiti del processo: dalla programmazione all'aggiudicazione al

fornitore

24. Attività di ricovero in regime di LP

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura attività in LPI del Dirigente alla chiusura della cartella

clinica, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale

25. Gestione del trattamento giuridico ed economico del personale non dipendente

Descrizione dei limiti del processo: dalla procedura di acquisizione del personale non dipendente al pagamento del

compenso e alla generazione dei dati per versamenti contributivi, previdenziali e fiscali (IRAP)

26. Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona)

Descrizione dei limiti del processo: dalla richiesta del cliente/utente alla riscossione della prestazione effettuata

27. Formazione interna ed esterna del personale

Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione del piano formativo alla liquidazione dei costi sostenuti (per

la formazione interna) e dalla richiesta di formazione esterna alla fattura dell'ente di formazione e al report di

dettaglio per il rimborso spese ed il pagamento del personale dipendente come docenti / tutor

28. Gestione delle imposte, tasse, versamenti contributivi (previdenziali, assicurativi, ...) e ritenute a personale dipendente e non.

Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione dello scadenziario alla liquidazione del dovuto

29. Prestazioni di pronto soccorso

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di prestazione al pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle

autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in

mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori ULSS o alla fatturazione alla Prefettura

30. Gestione delle donazioni

Descrizione dei limiti di processo: Dalla richiesta di indicazioni per la donazione all'acquisizione e assegnazione dei beni.

Per la presente annualità è stata confermata la metodologia finora utilizzata per lo svolgimento del processo di gestione del rischio in quanto rivela idonea ad assicurare una rappresentazione precisa delle informazioni rilevanti, rispettosa degli orientamenti espressi dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, atta a superare le criticità emerse in occasione dei monitoraggi.

L'essenza della metodologia ha mantenuto la creazione e strutturazione della "matrice Rischi Controlli" di mappatura di ciascun processo, introdotta con il PTPC 2018-2020, nella quale è possibile evincere tutte le informazioni concernenti i processi e le attività degli Uffici nonché l'identificazione, la valutazione ed il trattamento del rischio.

La "matrice Rischi-Controlli", infatti, contiene le indicazioni sottese alla valutazione del rischio, interpretabili quali "motivazioni", i possibili schemi di frode traducibili in fattori abilitanti e l'insieme delle azioni da attuare nel controllo finalizzato al contenimento di ciascun rischio da trattare.

Pur essendo stata sostanzialmente confermata la metodologia di analisi e valutazione del rischio già utilizzata nell'ambito dei precedenti PTPC, attesi i riscontri positivi prodotti dalla sua applicazione e la compatibilità con gli indirizzi adottati dall'ANAC, si è ritenuto opportuno operare una implementazione della strumentazione di analisi del rischio anche alla luce delle indicazioni fornite dalla Deliberazione ANAC n. 1064/2019; atto in cui ANAC ha fornito il PNA 2019 suggerendo alle P.A. di formalizzare gli eventi a rischio individuati "tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi, attività, si riporta la descrizione degli eventi rischiosi che possono manifestarsi con riferimento alla frode e alla compliance. In merito, il presente documento per il triennio 2023-2025 impone la stesura del registro sui presupposti di un'attenta ponderazione dei comportamenti a rischio corruzione in rapporto alle attività tracciate all'interno delle matrici di mappatura dei processi già studiati e che saranno oggetto di revisione.

Va inoltre considerato che nel corrente anno è diventato prioritario analizzare i processi di notevole impatto socio economico anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie pubbliche /private o associate ai PNRR.

Consequente la stesura completa del registro sarà differita al termine della revisione del nuovo sistema di prevenzione, ragionevolmente calcolato in un triennio.

L'adozione del registro si presta ad essere utilizzato dal RPCT come strumento di verifica del processo di gestione del rischio, in attuazione dei compiti di controllo assegnatigli dall'Allegato 1 del PNA 2019. Quest'ultimo infatti prevede che il RPCT ne analizzi la ragionevolezza in collaborazione con i controllori di primo livello facendo prevalere scelte di prudenza, per evitare una sottostima del rischio che porti a non attuare azioni di mitigazione essenziali. Un esame fondato sul criterio di prudenza suggerisce di sottoporre al trattamento del rischio un ampio numero di processi.

Sempre in considerazione nella necessità di analizzare i processi prudentemente, nel corso della presente annualità l'RPCT suggerirà ai referenti per la prevenzione della corruzione di revisionare le proprie matrici di mappatura in modo da assicurare il corretto svolgimento del processo di gestione del rischio.

Il documento "Mappatura dei processi a rischio corruzione – Allegato B al PTPC", contiene una illustrazione della valutazione del rischio adottata e riporta sinteticamente per ciascun processo la rappresentazione grafica dell'esito della valutazione dei rischi considerati.

Come previsto dalle linee guida del Piano di Settore dello Sviluppo del Sistema di Controllo Interno 2016-2020 è stata utilizzata l'area Intranet del sito aziendale come strumento di condivisione delle conoscenze e come strumento di comunicazione interna, pertanto, tutta la documentazione legata allo studio dei processi viene pubblicata in WEB ed è raggiungibile al Link Area Riservata del sito istituzionale www.aulss9.veneto.it (*E' possibile vedere quanto pubblicato utilizzando utente / password della rete interna al fine della protezione dei dati aziendali*).

Come suggerito dalle linee guida di cui all'allegato metodologico: Allegato 1 della deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019: *"...è altamente auspicabile, come buona prassi, non introdurre ulteriori misure di controlli bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati..."*

I processi studiati sono stati tutti trattati partendo dalla valutazione del rischio di frode e compliance, prevedendo per ciascuna area a rischio medio/alto mappata la raccolta, analisi e valutazione delle misure di prevenzione già esistenti, di quelle nuove proposte, o da considerare come eventuali necessarie implementazioni, per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, cercando di applicare prioritariamente le misure preventive, che in termini di costi economici ed organizzativi, non superino i benefici attesi.

Continua l'attività di commisurare le misure comuni e obbligatorie che ricadono in processi aziendali con quelle previste nello sviluppo del sistema di controllo interno.

3 – TRATTAMENTO DEL RISCHIO.

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare/mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Tali misure possono essere classificate in diversi modi. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singola Azienda);

- “misure ulteriori” ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nella programmazione triennale della prevenzione della corruzione.

Ricade nelle “misure ulteriori” l’insieme dei controlli (misure specifiche) previste per contenere il rischio analizzato nei processi studiati dal 2018 al 2021.

Va data priorità all’attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all’impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione.

Con riferimento alle “misure ulteriori” è ancor più rilevante tuttavia l’efficacia del controllo posto in essere, che in un sistema di controllo interno, giovane, come quello della ULSS 9 Scaligera, merita di essere valutato nel corso di qualche anno futuro prima di potersi dire effettivo.

Il monitoraggio dei controlli merita l’attenzione dell’ auditor, quale controllo di terzo livello. Tale attività viene ricompresa nella programmazione di monitoraggio del rischio definita dal presente elaborato.

In generale talune misure possono presentano carattere trasversale, in quanto applicabili alla struttura organizzativa dell’Azienda nel suo complesso, mentre altre sono settoriali, in quanto idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

Nell’ALLEGATO 6 “Anticorruzione: Dettaglio Misure Comuni e Obbligatorie” vengono presentate, mediante schede dettagliate, “le misure comuni e obbligatorie” di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

3 – ANTIRICICLAGGIO.

In tema di antiriciclaggio, il PNA 2016, al paragrafo “1. Orientamenti internazionali”, cita tra i documenti più recenti, gli High Level Principles on Beneficial Ownership Transparency (2014) sulla (effettiva) trasparenza degli assetti societari, alla base dell’adozione del Piano nazionale italiano sui beneficial ownership del 2015 e in linea con la IV Direttiva antiriciclaggio dell’UE (849/2015) per l’adozione del registro delle imprese. La Direttiva riguarda, poi, più in generale, i presidi di prevenzione antiriciclaggio consistenti in misure di adeguata verifica, tracciabilità delle operazioni e di segnalazione di operazioni sospette. In tal modo, l’ANAC ha valorizzato i collegamenti tra la disciplina anticorruzione e antiriciclaggio.

In proposito, il D.M. del 25 settembre 2015 recante “*Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l’individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione*”, al fine di prevenire e contrastare l’utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo ed in attuazione della direttiva 2005/60/CE, dispone:

- la segnalazione, da parte delle Pubbliche Amministrazione, di attività sospette o ragionevolmente sospette relativamente ad operazioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo, mediante l’applicazione degli indicatori di anomalia, volti a ridurre i margini di incertezza connessi con valutazioni soggettive ed aventi lo scopo di contribuire al contenimento degli oneri e al corretto e omogeneo adempimento degli obblighi di segnalazione di operazioni sospette;

- l’individuazione, ai sensi dell’articolo 6, commi 3 e 4, del medesimo D.M., del “Gestore”, che può essere individuato nel RPCT, quale soggetto delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF (ovvero l’Unità di informazione finanziaria per l’Italia, incaricata di ricevere dai soggetti obbligati, quali le Pubbliche Amministrazioni, e di richiedere, ai medesimi, di analizzare e di comunicare alle autorità competenti le informazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo).

L’AULSS 9 darà attuazione al citato ministeriale, individuando tale “Gestore” e disciplinando le relative procedure interne di valutazione idonee a garantire l’efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della

segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti;

4 – MONITORAGGIO SULLE MISURE DI PREVENZIONE E SUL FUNZIONAMENTO DELLO STRUMENTO DI PROGRAMMAZIONE.

Per il PIAO il legislatore concentra l'attenzione sul tema del monitoraggio sia delle singole sezioni che lo compongono sia sull'intero PIAO.


Il monitoraggio rappresenta, infatti, un nodo cruciale del processo di gestione del rischio volto a verificare sia l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione programmate sia l'effettiva capacità della strategia programmata di contenimento del rischio corruttivo.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio finalizzata alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate e, quindi, alla successiva messa in atto di eventuali ulteriori strategie di prevenzione.

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 9 intende sviluppare il principio della responsabilità in capo a ciascun *Destinatario del controllo*, nonché della propria attività ai principi del Codice Etico e di Comportamento e ad ogni norma o procedura aziendale. Si prefigge di diffondere a tutti i livelli aziendali il principio della necessità di un adeguato sistema di controllo interno, premessa indispensabile per orientare l'impresa al raggiungimento degli obiettivi aziendali, privilegiando la capacità di avere i processi aziendali sotto controllo, secondo le regole della buona conduzione, cioè la capacità di:

- supportare la crescita ed il miglioramento continuo di tutte le attività svolte, indipendentemente da vantaggi individuali o di equipe;
- permettere un controllo continuo e una continua valutazione del "comportamento giusto" nelle attività realizzate;
- dare maggiore garanzia delle prestazioni/servizi offerti alla comunità tutta;
- analizzare in modo critico ed eventualmente ridisegnare tutte le fasi di un processo aziendale cercando di prevenirne i rischi;
- garantire la sicurezza e la tracciabilità in tutte le fasi di un processo;
- applicare norme cogenti, linee guida, leggi e regolamenti;
- analizzare ciascuna fase del processo e garantire la standardizzazione di tutte le fasi;
- identificare e correggere la fase critica per la "qualità amministrativa" della prestazione / servizio;
- prevenire i possibili problemi legati al conflitto di interessi o alla corruzione.

L'Azienda Scaligera ULSS n. 9 per valutare l'efficacia delle misure di prevenzioni adottate ha schematicamente previsto nei PIANI

| | | |
|--|---|--|
| <p>CONTROLLO PRIMARIO DI LINEA:</p> <p>La responsabilità del buon funzionamento del sistema di controllo interno è riferita a tutti i dipendenti della ULSS n. 9, nell'ambito delle funzioni svolte</p> |  | <p>Gestione del Sistema di Controllo Interno e, di Gestione dei Rischi</p> <p>attraverso il costante aggiornamento del sistema di policy e procedure ed il rispetto delle medesime.</p> <p>Gestione integrata dei rischi operativi inerenti l'ordinaria attività gestionale.</p> |
|--|---|--|

Dove dal [CODICE DELL'AUTODISCIPLINA DELLA BORSA ITALIANA] - **Il Sistema di Controllo Interno e di gestione dei rischi è costituito dall'insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire l'identificazione, la misurazione, la gestione e il monitoraggio dei principali rischi.**

Tale sistema tiene in adeguata considerazione i modelli di riferimento e le best practices esistenti in ambito nazionale e internazionale, impone ai Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, nonché Semplici il controllo di primo livello. Si chiede infatti ai Responsabili delle Strutture attraverso lo studio dei processi sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di individuare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione e di collegarli puntualmente ai processi organizzativi. Con l'aiuto del RPCT viene poi completato lo studio sotto l'aspetto della valutazione e ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi e degli uffici permettendo, così, di graduare le priorità di intervento.

In considerazione del fatto che lo studio dei processi è concluso, nell'anno 2022 il controllo di terzo livello è declinato nella verifica:

- dell'esistenza della procedura;
- che qualsiasi procedura sia compliant con la Normativa;
- che le procedure siano viste e siglate per approvazione dal Process Owner, siano aggiornate e che il lavoro svolto dalla Unità Operativa rifletta quanto in esse contenuto;
- che tutte le volte che viene modificata una procedura venga annotato sulla stessa di quale versione si tratta e la data dalla quale entra in vigore;
- che le procedure siano conosciute dal personale dell'Unità Operativa.

Ove lo studio del processo lo consente, il controllo di terzo livello dell'Internal Audit verifica l'effettività e l'efficacia del Sistema di Controllo Interno e della gestione dei rischi operativi effettuata dai Dirigenti. Tale compito viene svolto come previsto dal Piano Annuale di Audit e dalla propedeutica attività di Risk Analysis.

In un Sistema di Controllo Interno il **DISEGNO** del controllo (insieme delle attività messe in azione per realizzare il controllo) è **competenza del management** dell'Ente: i Responsabili delle Strutture Complesse.

L'**applicazione** del controllo (complessivamente del Sistema di Controllo Interno) è competenza di **tutte le risorse**.

Il **Monitoraggio** sull'effettiva applicazione del Sistema di Controllo Interno **compete all'Internal Audit ed agli altri organi di controllo**.

Il monitoraggio sull'efficacia del PIAO – sottosezione "Rischi di Corruzione e Trasparenza" e delle misure incluse per afferenza contenutistica viene effettuato dal RPCT, in qualità di Internal Auditor, svolto con il coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPCT dall'UPD (riportanti i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari); dal Servizio Affari Generali e Legali (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva); dall'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio). La modulistica da usare nei citati report è condivisa tra il RPCT e i singoli Dirigenti per le materie di rispettiva competenza.

Particolare rilievo ha la relazione della Performance.

Anticorruzione:

L'Azienda ritiene rilevante perseguire obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi. Si chiede infatti attraverso lo studio dei processi, sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di monitorare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione collegati puntualmente ai processi organizzativi. Negli anni scorsi è stato completato lo studio dei principali trenta processi aziendali attraverso corsi di formazione e facilitazione alla comprensione del trattamento dei rischi per i processi considerati rilevanti dal punto di vista corruttivo; come previsto dal P.T.P.C.T.. Con l'aiuto della funzione di Internal Audit viene poi completata la valutazione e la ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi permettendo, così, di graduare le priorità di intervento. In considerazione del fatto che gran parte dell'attività è stata fatta già negli anni precedenti, è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Trasparenza:

In coerenza con il Piano, l'obiettivo di base per la trasparenza è l'inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Rimane importante l'attività per automatizzare la raccolta delle informazioni destinate alla pubblicazione compiuta dal RPCT.

Ruolo attivo riconosciuto agli stakeholder e alla società civile,, sulla scorta della quale il Responsabile della prevenzione effettuerà un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individuerà, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel PIAO.

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della legge 190/2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno – su modulo ANAC - redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

Qualora la Direzione Generale lo richieda oppure il Responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

La relazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Azienda.

PARTE II Obblighi Di Trasparenza

20.1 - OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA.

In coerenza ed in applicazione della normativa, la Direzione Generale dell'AULSS 9 riconosce la trasparenza quale condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione dell'Azienda e dei suoi rapporti con i cittadini.

La Direzione Generale, per la realizzazione di un'amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individua in materia di trasparenza i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Gli obiettivi sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'Amministrazione, definita nella sotto sezione del PIAO: Performance.

Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, declinati nella presente sezione, integrano la programmazione strategica della Performance e si traducono in obiettivi operativi, finalizzati all'attuazione del principio della trasparenza, da assegnare annualmente alle varie strutture aziendali.

Nella presente sezione è evidente il rapporto forte tra Prevenzione della Corruzione e lotta alla stessa, concretizzata con la programmazione di azioni e impegni per la pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale di dati, informazioni e documenti previsti dalla normativa.

20.2 - TRASPARENZA E DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI.

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'AULSS 9, ai sensi dell'art. 117 comma 2 lettera m, della Costituzione; è intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi ad andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il proseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione, come previsto dall'art. 11, comma 1 del d.lgs. 150/09 e dal d.lgs. 33/2013 e dal d.lgs. 97/2016.

E' una nozione diversa da quella del diritto di accesso agli atti amministrativi ex art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241, testo vigente, che istituisce altresì l'accesso ai documenti amministrativi, attivabile solo per acquisire quei documenti necessari per azioni legali relative a interessi individuali.

20.3 – IL D.LGS. 97/2016 E LE LINEE GUIDA ANAC

La trasparenza è posta al centro di diversi orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Occorre pertanto rafforzare tale misura nella prevenzione della corruzione anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti. All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni:

- a) un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza è definito all'art. 2-bis rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013. Recentemente il Consiglio dell'ANAC ha approvato la Delibera n. 1310 ad oggetto "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*".

- b) il decreto persegue, inoltre, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche. In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (co. 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in sostituzione della pubblicazione integrale, conferendo all'ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare previa consultazione pubblica e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, qualora siano coinvolti dati personali. Ciò in conformità con i principi di proporzionalità e di semplificazione e all'esclusivo fine di ridurre gli oneri gravanti sui soggetti tenuti a osservare le disposizioni del d.lgs. 33/2013. La seconda (co. 1-ter) consente all'ANAC, in sede di adozione del PNA, di modulare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte. Si consideri, inoltre, quanto previsto all'art. 9-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, in base al quale qualora i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati. Nella sezione "Amministrazione trasparente" dei rispettivi siti istituzionali sarà inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.
- c) a fronte della rimodulazione della trasparenza obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento. Con riguardo al c.d. "accesso civico generalizzato", l'Autorità, previa intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata Stato, Regioni Autonomie locali di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016 ha adottato specifiche linee guida.
- d) con le disposizioni transitorie di cui al co. 1 dell'art. 42 del d.lgs. 97/2016 si prevede che i soggetti di cui all'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 si adeguino alle modifiche allo stesso decreto legislativo, 14 introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto correttivo medesimo (23 dicembre 2016), sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico generalizzato.
- e) Il decreto ha modificato l'art. 10 del d.lgs. 33/2013, prevedendo che il PTPCTT contenga, in una apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013, consentendo, in tal modo, di responsabilizzare maggiormente le strutture delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.
- f) infine, si prevede che oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, le amministrazioni e gli enti possono pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla l. 190/2012, art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on line deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

Con delibera n.1310 del 28 dicembre 2016 l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal D. Lgs 97/2016.

20.4 - STRUTTURE COINVOLTE NELL'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA RELATIVO AGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE.

L'Elenco Obblighi di Pubblicazione è allegato al presente elaborato. Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione delle attività in materia di trasparenza, concorrono:

- la Direzione Generale, che avvia il processo, individuando gli obiettivi strategici, e indirizzandone le attività;
- il RPCT, che controlla il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del Programma e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

Sono state effettuate diverse giornate di formazione specifica di illustrazione ed approfondimento degli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, rivolti al personale, che hanno coinvolto tutti i Servizi.

Dal 2017 l'ULSS 9 Scaligera si è adottato un unico portale per l'alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito internet aziendale, affinando progressivamente la qualità dei dati, informazioni e documenti pubblicati. In detta sezione, a cura dei Responsabili dei Servizi, sono affluiti e pubblicati i dati, le informazioni e i documenti previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalle successive disposizioni ANAC. Si tratta di una modalità di pubblicazione che si avvale di una specifica piattaforma informatica, che consente ai Responsabili dei Servizi una maggiore celerità e semplicità di alimentazione della sezione "Amministrazione Trasparente".

20.5 - COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER – GIORNATA DELLA TRASPARENZA

Il coinvolgimento degli stakeholder si attua attraverso il sito internet aziendale, i comunicati stampa e ogni altra forma di comunicazione, nonché con la raccolta di risposte, provenienti dagli stessi, sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, oltre che degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate oppure in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

20.6 - RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI.

La legge 190/2012 e il d.lgs. 33/2013 prevedono in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale.

Nella tabella allegata (Elenco Obblighi di Pubblicazione) sono specificati i suddetti obblighi, ridefiniti ai sensi del d.lgs. 97/2016, ed è definito, per ciascun obbligo, il programma operativo da attuare e i Servizi i cui Responsabili sono tenuti all'osservanza della normativa in materia di trasparenza.

Il d.lgs. 97/2016 prevede che siano indicati i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Attesa la periodica riorganizzazione territoriale delle ULSS della Regione Veneto, e, nelle more della effettiva realizzazione del successivo atto aziendale della ULSS 9 nelle predette tabelle si sono indicati i coordinatori individuati con deliberazione n. 232 del 12/04/2018, i quali, all'interno delle rispettive Unità coordinate, potranno individuare uno o più soggetti, dandone comunicazione al RPCT, quali referenti del medesimo per le citate pubblicazioni. Una volta ridefinite le competenze specifiche, sarebbe possibile approvare un aggiornamento delle tabelle previste dal D.Lgs. 97/2016.

A seguito dell'Atto Aziendale, i Dirigenti responsabili delle Unità Operative Aziendali assumono il ruolo di Referenti Aziendali per la Trasparenza e in quanto tali sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Piano. Il Dirigente Responsabile di ciascuna Unità, pertanto, ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in ossequio al dettato normativo, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni.

Il RPCT svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Referenti mediante:

- comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- supporto ed organizzazione di gruppi di lavoro;
- ogni altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

20.7 - L. 28.12.2015, N. 208 "DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO" (c.d. legge di stabilità) – ADEMPIMENTI.

Con la l. 28.12.2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato " (c.d. legge di stabilità), sono stati introdotti nuovi adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e pubblicazioni obbligatorie, come da tabella riepilogativa che di seguito si riporta:

| | |
|---|--|
| <p>Trasmissione all'ANAC di contratti per determinate categorie merceologiche e</p> | <p>494. All'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il terzo e il quarto periodo sono sostituiti dai seguenti: «È fatta salva la possibilità di procedere ad affidamenti, nelle indicate categorie merceologiche, anche al di fuori delle predette modalità, a condizione che gli stessi conseguano ad approvvigionamenti da altre centrali di committenza o a procedure di evidenza pubblica, e prevedano corrispettivi inferiori almeno del 10 per cento per le categorie merceologiche telefonia fissa e telefonia mobile e del 3 per cento per le categorie merceologiche carburanti extra-rete, carburanti rete, energia elettrica, gas e combustibili per il riscaldamento rispetto ai migliori corrispettivi indicati nelle convenzioni e accordi quadro messi a disposizione da Consip SpA e dalle centrali di committenza regionali. Tutti i contratti stipulati ai sensi del precedente periodo devono essere trasmessi all'Autorità nazionale anticorruzione. In tali casi i contratti dovranno comunque essere sottoposti a condizione risolutiva con possibilità per il contraente di adeguamento ai migliori corrispettivi nel caso di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip e delle centrali di committenza regionali che prevedano condizioni di maggior vantaggio economico in percentuale superiore al 10 per cento rispetto ai contratti già stipulati. Al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica attraverso una razionalizzazione delle spese delle pubbliche amministrazioni riguardanti le categorie merceologiche di cui al primo periodo del presente comma, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2019 non si applicano le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma».</p> |
| <p>Programma biennale per acquisti di beni e servizi superiori a 1 milione di euro. Obbligo di pubblicazione e trasmissione.</p> | <p>505. Al fine di favorire la trasparenza, l'efficienza e la funzionalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni pubbliche approvano, entro il mese di ottobre di ciascun anno, il programma biennale e suoi aggiornamenti annuali degli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro. Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, indica le prestazioni oggetto dell'acquisizione, la quantità, ove disponibile, il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche. L'aggiornamento annuale indica le risorse finanziarie relative a ciascun fabbisogno quantitativo degli acquisti per l'anno di riferimento. Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alle strutture e agli uffici preposti al controllo di gestione, nonché pubblicati sul profilo del committente dell'amministrazione e sul sito informatico presso l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture presso l'Autorità nazionale anticorruzione. La violazione delle previsioni di cui ai precedenti periodi è valutabile ai fini della responsabilità amministrativa e disciplinare dei dirigenti, nonché ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla <i>performance</i>. Le acquisizioni non comprese nel programma e nei suoi aggiornamenti non possono ricevere alcuna forma di finanziamento da parte di pubbliche amministrazioni. Sono fatte salve le acquisizioni imposte da eventi imprevedibili o calamitosi, nonché le acquisizioni dipendenti da sopravvenute disposizioni di legge o regolamentari. Le amministrazioni pubbliche trasmettono i dati di programmazione di cui ai periodi precedenti al Tavolo tecnico dei soggetti di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti. Sono altresì comunicati e pubblicati con le medesime modalità nel loro testo integrale tutti i contratti stipulati in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti, fatta salva la tutela delle informazioni riservate di proprietà del committente o del fornitore di beni e servizi. La disposizione del precedente periodo si</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Si applica anche ai contratti in corso</p> | <p>applica anche ai contratti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge aventi ad oggetto la fornitura alle amministrazioni pubbliche di beni e servizi di importo unitario superiore a 1 milione di euro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 271 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207, limitatamente agli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato inferiore a 1 milione di euro.</p> |
| <p>Acquisti centralizzati in materia informatica</p> <p>Necessità di apposita autorizzazione</p> <p>Obbligo comunicazione ANAC</p> | <p>516. Le amministrazioni e le società di cui al comma 512 possono procedere ad approvvigionamenti al di fuori delle modalità di cui ai commi 512 e 514 (<i>ndr: acquisti centralizzati in materia informatica</i>) esclusivamente a seguito di apposita autorizzazione motivata dell'organo di vertice amministrativo, qualora il bene o il servizio non sia disponibile o idoneo al soddisfacimento dello specifico fabbisogno dell'amministrazione ovvero in casi di necessità ed urgenza comunque funzionali ad assicurare la continuità della gestione amministrativa. Gli approvvigionamenti effettuati ai sensi del presente comma sono comunicati all'Autorità nazionale anticorruzione e all'Agid.</p> <p>517. La mancata osservanza delle disposizioni dei commi da 512 a 516 rileva ai fini della responsabilità disciplinare e per danno erariale.</p> |
| <p>Obbligo pubblicazione bilancio integrale entro 60 gg.</p> <p>Sistema monitoraggio attività assistenziali</p> <p>Obbligo pubblicazione dati monitoraggio entro 30 giugno</p> <p>Sanzione per DG e RPC</p> | <p>522. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché dall'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 265 del 14 novembre 2014, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere <i>b</i>) e <i>c</i>), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito <i>internet</i> il bilancio d'esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti.</p> <p>523. Il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione</p> |

20.8 - MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITA'

DEGLI OBBLIGHI.

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del piano di attività della Trasparenza, sono state attuate le seguenti misure:

- a) individuazione dei Dirigenti dei Servizi quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- b) adeguamento del sito internet aziendale secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;

- c) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;
- d) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente.
- e) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati.

E' in corso uno studio per l'adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza e alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza e aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

Tutte le azioni dirette a garantire regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti, ove non ancora attuate, saranno valutate e messe in atto con il coinvolgimento dei Responsabili e degli operatori delle Unità Operative Interessate.

20.9 - MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica un'attività di monitoraggio periodico sia da parte del RPCT sia da parte dell'OIV.

A tal fine il RPCT provvede a:

- a) monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Referente interessato a provvedere in merito entro un termine stabilito; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- b) supportare l'OIV ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- c) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

L'OIV ha il compito di promuovere e attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità. Provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC.; i relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet aziendale. L'OIV svolge i propri compiti anche tenendo conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del programma della trasparenza ai fini della misurazione e valutazione della performance dei Dirigenti delle strutture medesime.

20.10 - MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ACCESSO CIVICO

L'art. 5 del citato d.lgs. 33/2013 stabilisce che l'accesso civico è lo strumento che permette ai cittadini di esercitare il diritto costituzionale alla trasparenza. Infatti, attraverso l'accesso civico, il legislatore ha inteso ampliare i confini tracciati dalla legge 241/1990.

L'Azienda ULSS 9, riconoscendo ai portatori d'interesse il ruolo attivo per contribuire al cambiamento migliorativo sotteso alla normativa in materia di prevenzione della Corruzione, ha da subito pubblicato, nella sezione "Amministrazione Trasparente", un Link denominato "Accesso Civico", con accesso libero, dove è illustrato tale istituto, ed è reperibile la normativa e la modulistica. La richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT, il quale segnalerà alla Direzione Generale i casi di inadempimento anche parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. La Direzione valuterà se attivare eventuali procedimenti disciplinari, applicando in tal modo quanto indicato dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013.

20.11 - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO.

Con delibera n. 1309 del 28.10.2016, l'ANAC ha approvato le Linee guida che hanno ad oggetto la "definizione delle esclusioni e dei limiti" all'accesso civico a dati non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del decreto trasparenza. Tale nuova tipologia di accesso (d'ora in avanti "accesso generalizzato"), delineata nel novellato art. 5, comma 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale "*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis*", si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La ratio della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza). Ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato articolo 1, comma 1, del decreto trasparenza ridefinisce come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a "*favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*", ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'intento del legislatore è ancor più valorizzato in considerazione di quanto già previsto nel co. 2 dell'art. 1 del decreto trasparenza secondo cui la trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini. Anche nell'ordinamento dell'Unione Europea, soprattutto a seguito dell'entrata in vigore del Trattato di Lisbona (cfr. art. 15 TFUE e capo V della Carta dei diritti fondamentali) il diritto di accesso non è preordinato alla tutela di una propria posizione giuridica soggettiva, quindi non richiede la prova di un interesse specifico, ma risponde ad un principio generale di trasparenza dell'azione dell'Unione ed è uno strumento di controllo democratico sull'operato dell'amministrazione europea, volto a promuovere il buon governo e garantire la partecipazione della società civile. Dal canto suo, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha qualificato il diritto di accesso alle informazioni quale specifica manifestazione della libertà di informazione, ed in quanto tale protetto dall'art. 10 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

Come previsto nella legge 190/2012, il principio della trasparenza costituisce, inoltre, misura fondamentale per le azioni di prevenzione e contrasto anticipato della corruzione. A questa impostazione consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione; ora è proprio la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell'accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act* (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni. In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto di accesso civico disciplinato dall'art. 5, comma 1 - come diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato "*da chiunque*" e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (comma 3). A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza "*non richiede motivazione*". In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di assicurare ai cittadini (a "*chiunque*"), indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell'art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016. Per quanto sopra evidenziato, si ritiene che i principi delineati debbano fungere da canone interpretativo in sede di applicazione della disciplina dell'accesso generalizzato da parte delle amministrazioni e degli altri soggetti obbligati, avendo il legislatore posto la trasparenza e l'accessibilità come la regola rispetto alla quale i limiti e le esclusioni previste dall'art. 5 bis del d.lgs. 33/2013, rappresentano eccezioni e come tali da interpretarsi

restrittivamente.

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso civico.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'**accesso civico "semplice"** (d'ora in poi "*accesso civico*") previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza. I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a "*chiunque*", indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, "*fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria*", nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato. L'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso agli atti ex l. 241/1990.

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "*accesso documentale*"). La finalità dell'accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, **ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un «interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso»**. Mentre la legge 241/90 esclude, inoltre, perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "*semplice*", è riconosciuto proprio "*allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico*". Dunque, l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, ben diverso nel caso dell'accesso 241 dove la tutela può consentire un accesso più in profondità a dati pertinenti e nel caso dell'accesso generalizzato, dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni. In sostanza, come già evidenziato, essendo l'ordinamento ormai decisamente improntato ad una netta preferenza per la trasparenza dell'attività amministrativa, la conoscibilità generalizzata degli atti diviene la regola, temperata solo dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi (pubblici e privati) che possono essere lesi/pregiudicati dalla rivelazione di certe informazioni. Vi saranno dunque ipotesi residuali in cui sarà possibile, ove titolari di una situazione giuridica qualificata, accedere ad atti e documenti per i quali è invece negato l'accesso generalizzato. Si consideri, d'altra parte, che i dinieghi di accesso agli atti e documenti di cui alla legge 241/1990, se motivati con esigenze di "riservatezza" pubblica o privata devono essere considerati attentamente anche ai fini dell'accesso generalizzato, ove l'istanza relativa a quest'ultimo sia identica e presentata nel medesimo contesto temporale a quella dell'accesso ex l. 241/1990, indipendentemente dal soggetto che l'ha proposta. Si intende dire, cioè, che laddove l'amministrazione, con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ex l. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato prevalente, e quindi nonostante l'esistenza di una posizione soggettiva legittimante ai sensi della 241/1990, per ragioni di coerenza sistematica e a garanzia di posizioni individuali specificamente riconosciute dall'ordinamento, si deve ritenere che le stesse esigenze di tutela dell'interesse pubblico o privato sussistano anche in presenza di una richiesta di accesso generalizzato, anche presentata da altri soggetti. Tali esigenze dovranno essere comunque motivate in termini di pregiudizio concreto all'interesse in gioco. Per ragioni di coerenza sistematica, quando è

stato concesso un accesso generalizzato non può essere negato, per i medesimi documenti e dati, un accesso documentale.

Adozione di una disciplina sulle diverse tipologie di accesso.

Considerata la notevole innovatività della disciplina dell'accesso generalizzato, che si aggiunge alle altre tipologie di accesso, l'ANAC suggerisce ai soggetti tenuti all'applicazione del decreto trasparenza l'adozione, anche nella forma di un regolamento interno sull'accesso, di una disciplina che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle tre tipologie di accesso, con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici della stessa amministrazione.

In particolare, tale disciplina potrebbe prevedere:

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale;
2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33;
3. una terza sezione dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato. Tale sezione dovrebbe disciplinare gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste di accesso generalizzato.

Si tratterebbe, quindi, di:

- a) provvedere a individuare gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso generalizzato;
- b) provvedere a disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso.

Decorrenza della disciplina e aggiornamento delle Linee guida.

Secondo quanto previsto nelle Linee guida, a partire dal 23 dicembre 2016, data stabilita da legislatore, deve essere data immediata applicazione all'istituto dell'accesso generalizzato, con la valutazione caso per caso delle richieste presentate. Da ciò discende la raccomandazione ANAC di una raccolta organizzata delle richieste di accesso, "cd. registro degli accessi", che le amministrazioni è auspicabile pubblicino sui propri siti. Il registro contiene l'elenco delle richieste con l'oggetto e la data e il relativo esito con la data della decisione ed è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, e tenuto aggiornato almeno ogni sei mesi nella sezione Amministrazione trasparente, "altri contenuti – accesso civico" del sito web istituzionale. Oltre ad essere funzionale per il monitoraggio che l'Autorità intende svolgere sull'accesso generalizzato, la pubblicazione del cd. registro degli accessi può essere utile per le P.A. che in questo modo rendono noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

Eccezioni assolute e relative.

Dalla lettura dell'art. 5 bis, co. 1, 2 e 3 del d.lgs. 97/2016, si possono distinguere due tipi di eccezioni, assolute o relative. Al ricorrere di queste eccezioni, le amministrazioni, rispettivamente, devono o possono rifiutare l'accesso generalizzato. La chiara identificazione di tali eccezioni rappresenta un elemento decisivo per consentire la corretta applicazione del diritto di accesso generalizzato. Di seguito si fornisce un elenco di tali eccezioni, rinviandone la descrizione alle citate Linee guida dell'Anac:

Eccezioni assolute:

- a) segreto di Stato;
- b) negli altri casi di divieto di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

Limiti (eccezioni relative o qualificate)

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;

- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

I limiti (esclusioni relative o qualificate).

Il decreto trasparenza ha previsto, all'art. 5-bis, comma 2, che l'accesso generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare il pregiudizio concreto alla tutela degli interessi privati specificamente indicati dalla norma e cioè:

- a) protezione dei dati personali
- b) libertà e segretezza della corrispondenza
- c) interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi proprietà intellettuale, diritto d'autore e segreti commerciali

20.20 - DATI ULTERIORI

Nell'ambito delle relazioni semestrali da presentare al RPCT entro i mesi di luglio e gennaio con riferimento al semestre precedente, i Dirigenti/Referenti potranno inserire eventuali ulteriori dati/informazioni/documenti, per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione. Analogamente si procederà in caso di segnalazioni da parte degli stakeholder.

Nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del Sito Aziendale sono tra l'altro consultabili la mappatura dei processi e gli obblighi di pubblicazione.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

La struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 9 Scaligera è descritta in modo completo nell'Atto Aziendale, adottato con delibera n° 1127 del 31/12/2020; sono stati progressivamente apportati aggiornamenti all'assetto organizzativo, da ultimo con la delibera n. 860 del 30/08/2022.

L'organigramma aziendale approvato e aggiornato unitamente all'Atto Aziendale risulta consultabile al seguente link:

https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=658

L'organizzazione dei servizi prevede di identificare diversi ruoli e livelli di responsabilità, con l'obiettivo di valorizzare le competenze e le capacità professionali presenti.

Schematicamente si possono riassumere i seguenti livelli organizzativi:

INCARICHI DI VERTICE:

- **Direttore Generale:** è l'organo di vertice e legale rappresentante dell'Azienda. Assicura il perseguimento delle finalità e degli obiettivi assegnati dalla Regione e, avvalendosi delle attività degli organismi e delle Strutture Aziendali, garantisce il governo dell'Azienda. È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e svolge ogni funzione prevista dalla normativa regionale.
- **Direttore Sanitario:** partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con formulazione di apposite proposte e pareri, al governo aziendale. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli.
- **Direttore Amministrativo:** dirige a livello strategico i servizi amministrativi aziendali ai fini tecnico-organizzativi, svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e promuove l'integrazione dei servizi stessi. Coadiuvato il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni assumendo la responsabilità delle funzioni attribuitegli e concorre, con pareri e proposte, alla formazione delle decisioni della Direzione Strategica.
- **Direttore dei Servizi Socio Sanitari:** partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

INCARICHI DIRIGENZIALI

Gli incarichi dirigenziali si suddividono essenzialmente in incarichi di tipo "gestionale" (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali e Unità Operative Semplici) e incarichi di tipo "professionale".

Sono inoltre presenti i Dipartimenti Aziendali. L'art 17 bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, considera l'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.

Di seguito vengono descritte le principali articolazioni degli incarichi dirigenziali:

- **Direttore della Funzione Ospedaliera** coordina e raccorda l'attività ospedaliera di tutta l'Azienda Ulss 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale ospedaliera su tutto il territorio di riferimento;
- **Direttore della Funzione Territoriale** coordina e raccorda l'attività territoriale di tutta l'Azienda Ulss 9 Scaligera al fine di uniformare l'offerta assistenziale territoriale su tutto il territorio di riferimento;

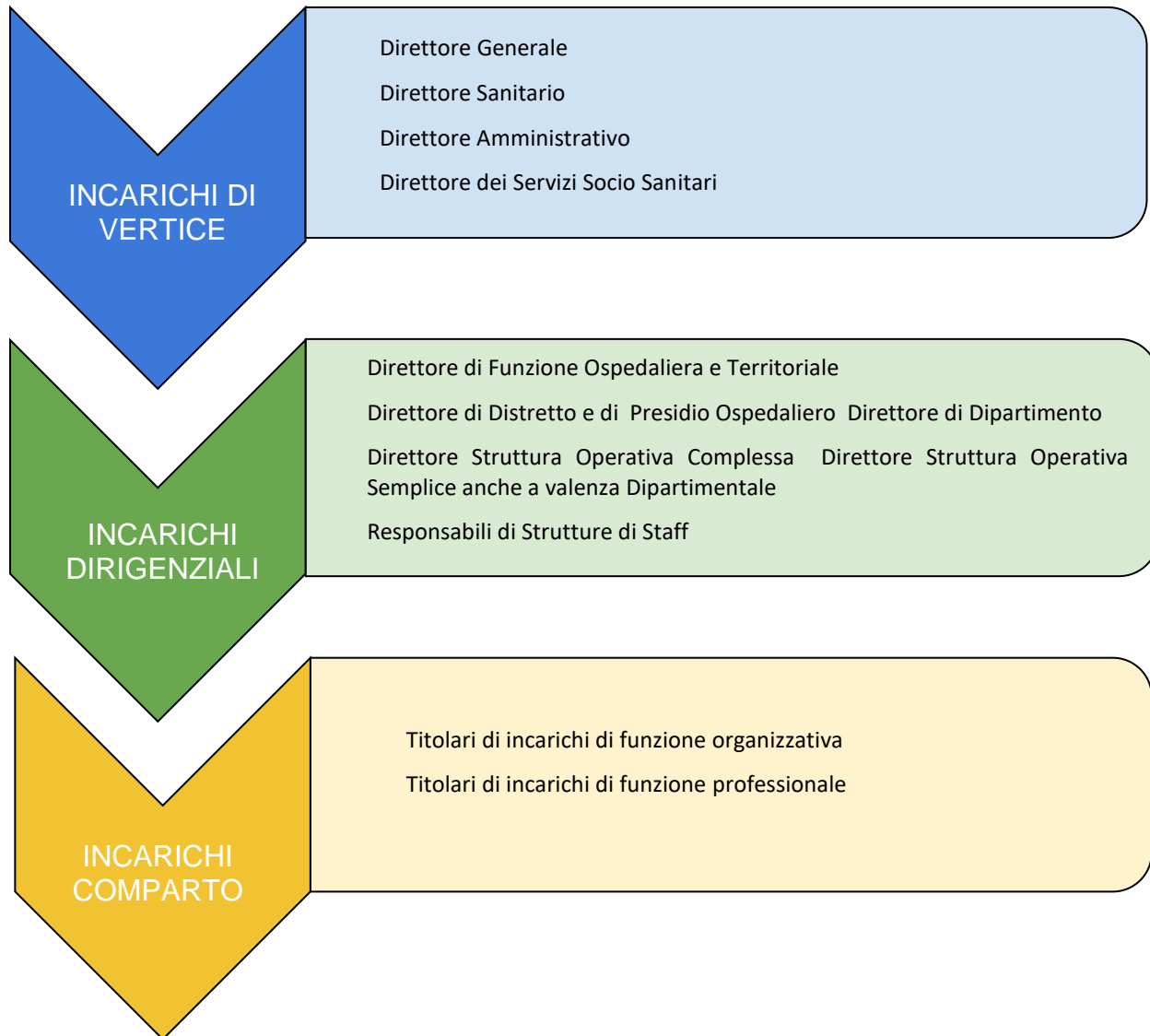
- Direttore di Dipartimento, di presidio ospedaliero, di distretto: coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e l'uniforme applicazione di procedure comuni per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento/Distretto di cui è responsabile.
- Direttore di struttura complessa: gestisce la struttura affidata con responsabilità e autonomia in ordine agli aspetti di tipo tecnico professionale e in relazione alle risorse assegnate. Ogni struttura possiede i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e necessita di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività conferite. La complessità della struttura viene valutata secondo la consistenza delle risorse gestite, la complessità dell'articolazione organizzativa e la strategicità dell'attività svolta.
- Responsabile di Struttura Semplice e Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale: ha responsabilità ed autonomia con valenza gestionale e organizzativa delegata dal direttore di struttura complessa o dipartimentale. Gestisce i processi e le relative funzioni, le risorse affidate e risponde del risultato degli obiettivi assegnati annualmente.
- Dirigenti medici, sanitari, delle professioni sanitarie, amministrativi, tecnici, professionali: svolgono le loro funzioni negli specifici ambiti professionali con livelli differenziati di autonomia, da esercitare nel rispetto degli indirizzi del Direttore/Responsabile della struttura a cui afferiscono, e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nello svolgimento delle attività.

INCARICHI DEL COMPARTO

Anche gli incarichi del comparto si suddividono in incarichi di natura "gestionale" e "professionale". Il nuovo CCNL 02/11/2022 prevede altresì gli "incarichi di posizione" incarichi di elevata professionalità che si collocano fra la dirigenza e il comparto ai quali si dovrà dar corso in sede di implementazione dei nuovi istituti previsti.

- Incarichi di funzione organizzativa che comportano funzioni di gestione di servizi di particolare complessità, caratterizzate da elevato grado di autonomia gestionale e organizzativa e che possono richiedere anche l'attività di coordinamento di altro personale
- Incarichi di funzione professionale che comportano attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione anche correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti

Figura 6 - Sistema degli Incarichi Aziendali



Il personale dipendente al 31/12/2022 risultava così composto:

Tabella 6 - Personale dipendente al 31/12/2022

| | DIRIGENZA | COMPARTO |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| DIRIGENTI MEDICI | 867 | |
| DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI | 122 | |
| DIRIGENTI TECNICI E AMMINISTRATIVI | 30 | |
| PERSONALE SANITARIO E SOCIO SANITARIO | | 4469 |
| PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO | | 845 |
| Totali parziali Dirigenza e Comparto | 1019 | 5314 |
| TOTALE | | 6333 |

Piano per il benessere Organizzativo

La gestione delle risorse umane rappresenta il fondamento dell'intera gestione dell'Azienda, considerata la tipologia di servizi che la stessa offre all'utenza.

La Direzione Strategica ritiene fondamentale che le persone inserite nell'organizzazione siano motivate al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Una buona gestione delle risorse umane contribuisce non solo a migliorare il rendimento di singoli/gruppi, ma consente anche di ridurre comportamenti di disaffezione che si possono tradurre in assenteismo, turnover e ritardi nei processi operativi.

L'Azienda Ulss 9 Scaligera ha adottato già dal 2019 un piano per il Benessere Organizzativo, riproposto nel 2022 per il triennio 2022-2024 e adottato con deliberazione n 1100 del 30 dicembre 2021 dopo la sfortunata parentesi del periodo pandemico.

Le aree di intervento nelle quali si articola il piano triennale sono quelle sotto descritte ed è stata costituita una "cabina di regia" nell'ambito delle Risorse Umane che coordina i sottogruppi tematici nei quali lo stesso si articola.

- Tematiche oggetto del Piano Triennale
 - Age Management
 - Diversity and Inclusion Management
 - Istituti contrattuali
 - Comunicazione interna e "benessere aziendale"
 - Work life Balance e Welfare aziendale
 - Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro
 - Coordinamento nella formazione
 - Mobility Management

Con deliberazione n. 1334 del 30 dicembre 2022 sono stati approvati ed è stato dato il via ai singoli progetti specifici proposti dai vari gruppi tematici e che saranno resi operativi nel triennio di riferimento del piano e che sinteticamente si riportano:

Tabella 7 - Azioni previste dal Piano per il benessere Organizzativo

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|---|---|---|---|
| Age Management Referente Dott.ssa Silvia Fiorio -Dalle Molle Katia -Lavarini Lidia D. -Lillo Linda -Madera Pietro - Tessari Lorella | Far acquisire le conoscenze - competenze per la riqualificazione professionale | RIQUALIFICAZIONE PROFESSIONALE PERSONALE COMPARTO SANITA' | Il progetto ha la finalità di individuare un percorso di riqualificazione dei lavoratori OSS giudicati non idonei al profilo professionale e/o alla mansione specifica allo scopo di contribuire alla riduzione di alcuni processi di esternalizzazione di servizi e migliorare l'utilizzo delle competenze sanitarie in servizi amministrativo/sanitario. La possibilità del cambio profilo è resa maggiormente attuabile con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022 |
| | Far acquisire le conoscenze - competenze al personale di qualsiasi profilo per l'utilizzo in autonomia del computer e di altri strumenti digitali (es.tablet) | ALFABETIZZAZIONE INFORMATICA | Il progetto ha lo scopo di guidare i principianti (es. personale senior), affinché possano acquisire la conoscenza delle operazioni di base previste dai comuni strumenti informatici, anche in relazione al progetto di trasformazione digitale del SSR in corso di attuazione. La formazione sarebbe affidata a personale dipendente "junior" |
| Diversity and Inclusion Management Referente Dott.ssa Valentina Bianco - Lidia Lavarini - Tommaso Marini | Integrazione lavorativa per dipendenti con disabilità e neo assunti con disabilità, facilitare l'accesso nei luoghi di | INSIEME - DIVERSAMENTE AL LAVORO | Collaborare con i dipendenti che spontaneamente decidono di rivolgersi al gruppo di progetto a seguito comunicazione dell'esistenza dello stesso al momento dell'assunzione o successivamente al fine di |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|---|---|---|--|
| - Gabriele La Rosa - Andrea Tessari - Angela Battistella | lavoro, istituzione di un punto di ascolto e di supporto per i dipendenti | | individuare, congiuntamente agli attori interessati le migliori procedure organizzative di inserimento lavorativo. |
| | | DISABILITY FREE: ACCESSIBILITÀ AULSS 9 | Predisposizione di strumenti per facilitare l'accesso e lo svolgimento dell'attività lavorativa |
| | | DISABILITY FREE: SPORTELLLO VIRTUALE "TI ASCOLTO" | Attraverso uno specifico sportello "virtuale" creare un dialogo friendly per la presa in carico delle problematiche dei dipendenti con disabilità |
| Istituti contrattuali Referente Dott.ssa Flavia Naverio - Lidia Domenica Lavarini - Irene Gaspari - Carmagnani Erika - Aleardi Stefania | Arginare il turn-over in azienda ed applicare il nuovo CCNL Comparto Sanità | SI PARTE CON IL NUOVO CCNL - AREA COMPARTO - | Il 02 novembre 2022 è stato sottoscritto il nuovo contratto collettivo nazionale per l'area del Comparto. E' necessario procedere con l'aggiornamento di alcuni regolamenti aziendali in base alla novellata normativa contrattuale. Ci si propone di aggiornare i regolamenti relativi all'istituto del diritto allo studio, del part time e dello Smartworking di particolare interesse per il bilanciamento delle esigenze aziendali con quelle personali. L'obiettivo sarà quindi quello di aggiornare i regolamenti sulla base del nuovo contratto e al fine di poterne darne applicazione. |
| | | ASCOLTO COSTRUTTIVAMENTE LE TUE MOTIVAZIONI | Il progetto si propone l'ambizioso obiettivo di arginare le dimissioni non dovute a pensionamento in Azienda. Nello specifico saranno analizzate con appositi questionari in uscita le ragioni che hanno spinto all'abbandono dell'Azienda da parte del lavoratore al fine di creare dei report di analisi che evidenzino le motivazioni al fine di poter intervenire concretamente con delle azioni migliorative laddove possibile. Nel caso dal questionario emergessero situazioni particolarmente delicate o patologiche il Direttore della UOC Gestione Risorse Umane procederà con uno specifico colloquio individuale al fine di approfondire le cause e riferire anche in forma anonima ai Responsabili e/o alla Direzione Strategica. Anche per il personale che abbandona l'Azienda per pensionamento viene previsto un questionario in uscita considerata la lunga esperienza maturata al fine di acquisire impressioni e suggerimenti. |
| | | ONBOARDING | L'accoglimento del neo assunto riveste importanza fondamentale perché l'ingresso in una struttura complessa come una Azienda Sanitaria può creare disorientamento e apprensione. Il progetto è teso a inserire una nuova procedura di onboarding per i neo assunti della Dirigenza Area Sanità, Funzioni Locali e Comparto (ad esclusione di quello preso in carico dalle Professioni Sanitarie) volto a: - fornire informazioni pratiche con specifiche schede per sede di assegnazione; - individuare un tutor che affianchi il neo assunto durante la fase di inserimento; - indagare con semplice questionario le ragioni della scelta e aspettative; - indagare dopo il periodo di prova il grado di autonomia raggiunto grazie al tutor, grado di soddisfazione delle aspettative e grado del suo soddisfacimento nella u.o.; - analisi delle risposte e intervento laddove vi |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|--|--|---|---|
| | | | siano segnalazioni da prendere in carico |
| Comunicazione interna e "benessere aziendale" Referente Dott.ssa Paola Dalle Pezze - Fasoli Daniela, - Grego Katia - Natalia Alba, Tessari Lorella, Trevisan Maria Teresa | La comunicazione interna è un tema strategico per l'Azienda Ulss 9 Scaligera e il piano si propone di implementare un sistema efficace ed efficiente con tutti gli operatori. La recente attivazione della piattaforma intranet consente un approccio alla comunicazione interna più capillare e costante. In tale contesto diventa rilevante individuare una strategia specifica per le comunicazioni delle attività previste dal "Approvazione Piano Triennale per il Benessere organizzativo dell'ULSS 9 Scaligera. Triennio 2022-2024" e successiva Adozione dei progetti per il Benessere organizzativo ed individuati dai referenti per singola Area di attività. | Implementare un Piano della comunicazione relativo alle iniziative che verranno intraprese nell'ambito del benessere organizzativo dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, come previsto dalla Delibera del Direttore Generale n° 1100 del 30.12.2021. | La comunicazione interna è un tema strategico per l'Azienda Ulss 9 Scaligera e il piano si propone di implementare un sistema efficace ed efficiente con tutti gli operatori |
| | | "La rete della comunicazione interna per generare il valore di squadra dell'Azienda Ulss 9 Scaligera" | evento rivolto ai referenti aziendali interni per la comunicazione, Direttori/Responsabili e Coordinatori; con l'obiettivo di costruire la rete aziendale. |
| | | LA COMUNICAZIONE INTERNA COME STRUMENTO DI GESTIONE DEL LAVORO NELL'UO. | rivolto a tutti gli operatori con l'obiettivo della consapevolezza dell'importanza della comunicazione interna ai servizi, la conoscenza dell'organizzazione aziendale dei processi e strumenti disponibili per implementare un'efficace comunicazione interna |
| Work life Balance e Welfare aziendale Referente Dott. Fabrizio Varalta Giacomini Alessandra, Chiara Bosio, Coltro Giulia, Franzon Anna | Azioni per la conciliazione tempi di vita, lavoro, famiglia; offerta di benefit per i dipendenti relativi alle tematiche della cura, della salute, della cultura e del tempo libero | MENTORING, REVERSE MENTORING: IO TI INSEGNO TU MI INSEGNI | Valorizzare il passaggio generazionale senior/junior e capitalizzazione delle professionalità interne con contestuale contaminazione delle competenze professionali dal punto di vista tecnico -strumentale, ricerca-intervento, psicologico -relazionale |
| | | PROBLEM SOLVING A PORTATA DI MANO | Fornire gli strumenti e le strategie di comunicazione, relazionali ed emotive utili a gestire al meglio le relazioni d'aiuto e a rilevare i fattori di rischio |
| Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro Referente Dott. Daniele Ciresola - Trocino Cinzia | Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato al personale turnista | SLEEP AFTER THE NIGHT | Diminuire l'incidenza degli infortuni in itinere nel personale turnista, mettendo a disposizione dei locali destinati a un breve riposo dopo il turno notturno all'interno di tre Ospedali dell'AULSS9. Una riduzione dell'incidenza infortunistica permette di contenere i costi diretti e indiretti, dovuti all'ospedalizzazione e alle giornate lavorative perse per malattia, diminuendo contemporaneamente lo stress causato dall'alterazione del ritmo-sonno-veglia migliorando infine la performance lavorativa. |
| | | COOK SIMPLE AND HEALTHY | L'obiettivo è di ridurre il rischio di malattie croniche degenerative; cardiovascolari, diabete, dislipidemia e prevenire l'insorgenza di patologie oncologiche e ove già presenti fornire gli strumenti di gestione di tali patologie. Attraverso il controllo dell'indice di massa corporea e della circonferenza vita, stimolare un'alimentazione corretta e equilibrata e promuovere uno stile di vita salutare. Un corso di cucina, con il supporto di un nutrizionista e |

| Gruppi di Lavoro | Ambiti di attività (a titolo esemplificativo) | titolo progetto | obiettivo sintetico |
|--|--|---|--|
| | | | dietologo fornisce gli strumenti alla preparazioni di pasti equilibrati dal punto di vista nutrizionale |
| | | RELAX YOUR MIND | L'obiettivo del progetto è migliorare la performance lavorativa e la qualità di vita dei lavoratori all'interno e all'esterno delle strutture sanitarie, attraverso l'organizzazione di incontri tecniche Yoga, meditazione, mindfulness, training autogeno e sostegno psicologico. |
| | Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato a tutto il personale | MOVE YOUR BODY | Promuovere il benessere psico-fisico ed un corretto stile di vita. Prevenire e contenere patologie osteoarticolari a carico di arti superiori inferiori e rachide |
| Coordinamento nella formazione Referente Dott. Sandro Baldo - Alessandra Sessa - Caceffo Jessica | Favorire il benessere formando e informando | TUTTI A BORDO, BENVENUTI IN AZIENDA | Conoscere l'azienda, le finalità e le articolazioni della stessa; conoscere le regole essenziali del rapporto di lavoro. |
| | | DALLA PANDEMIA AL BENESSERE: GESTIONE DELLO STRESS E RILASSAMENTO GUIDATO | Conoscere l'azienda, le finalità e le articolazioni della stessa; conoscere le regole essenziali del rapporto di lavoro. |
| Mobility Management Referente Ing. Andrea Lauria Francesca Gudenzi Simona Cappi Pietro Mazzoccoli Tommaso Patregnani, | Razionalizzare gli spostamenti nello sviluppo della mobilità sostenibile | MOTOSENSIBILE | La razionalizzazione degli spostamenti e una pianificazione può determinare significativi miglioramenti anche per il singolo lavoratore ed attivare politiche di incentivi. A medio e breve periodo è possibile pensare di attivare azioni limitate rivolte in particolare ad offerte rivolte al singolo con semplificazioni di carattere organizzativo. A lungo periodo si ipotizza una pianificazione sul tema con una prima ricognizione delle sedi, personale afferente, analisi della mobilità e del tipo di mezzo utilizzato, criticità e azioni in possibile coordinamento con i Comuni. Analisi della attuale situazione aziendale in termini di mobilità. Nel caso di presenza di finanziamento prevedere l'acquisto di biciclette elettriche aziendali per gli spostamenti brevi fra sedi. |

Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda Ulss 9 Scaligera, con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021 ha approvato il "PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) - AULSS 9 "SCALIGERA" che ha ricompreso al suo interno il "Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile (Smart Working) e il "Regolamento sull'utilizzo del telelavoro domiciliare" implementato nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo.

Tale regolamentazione è confluita nella sua nuova definizione, nel PIAO adottato con deliberazione n. 699 del 30/06/2022.

Il regolamento è stato approvato in riferimento a tutte le tre aree contrattuali del personale dipendente in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81. .

L'attenzione dell'Azienda per tale modalità di svolgimento della prestazione lavorativa che consente e facilita la conciliazione di tempi di vita e tempi di lavoro risale al periodo pre-pandemico. Sulla base della prima Regolamentazione Aziendale che riguardava il solo personale del comparto erano state attivate, nei primi mesi del 2020 le prime n. 6 postazioni di lavoro agile.

Con l'emergenza sanitaria da Coronavirus, è diventato obbligatorio per la Pubblica Amministrazione e quindi anche per l'Azienda Ulss 9 adottare misure organizzative per il ricorso allo smart working. L'Azienda Ulss 9 di fatto disponeva già degli strumenti necessari per attivare, unitamente alle altre misure individuate, progetti di lavoro agile per il personale dipendente del comparto. Tali strumenti organizzativi sono stati estesi anche alla Dirigenza.

Durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, l'Azienda Ulss 9 Scaligera ha adottato una modalità di attuazione di S.W. semplificato secondo le indicazioni nazionali regionali ed aziendali che prevedevano un più ampio ricorso al lavoro agile in tempi ridotti. Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che comunque richiedevano la presenza in sede. Il lavoro agile è stato conseguentemente attivato, a seguito di una valutazione da parte del Direttore delle singole Unità Operative, assicurando prioritariamente la presenza del personale con qualifica dirigenziale, pur non escludendo per alcuni di questi l'accesso allo Smart Working.

Un importante fattore che ha permesso di sperimentare ed attivare il lavoro agile è stata la messa a disposizione e l'implementazione di numerosi strumenti e sistemi informatici quali la posta elettronica aziendale della quale dispongono tutti i dipendenti dell'Azienda ed i servizi di condivisione ed elaborazione documentale (Google Drive, Google Documents) nonché i sistemi di comunicazione via chat e videoconferenza (Google Meet e similari).

Dal punto di vista normativo si sono poi susseguite proroghe della modalità ordinarie di lavoro agile in concomitanza con le proroghe della permanenza dell'emergenza sanitaria da coronavirus e produzione normativa tesa a fornire una base sulla quale far transitare, a regime, con precisa regolamentazione e organizzazione, le forme di smart working messe in atto durante la pandemia.

Con DM 9 dicembre 2020 sono state approvate le "LINEE GUIDA SUL PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) E INDICATORI DI PERFORMANCE" con l'intento di fornire alcune indicazioni metodologiche per supportare le amministrazioni nel passaggio della modalità di lavoro agile dalla fase emergenziale a quella ordinaria, in linea con quanto richiesto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, focalizzando l'attenzione sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e sugli indicatori di performance, funzionali a un'adeguata attuazione e a un progressivo sviluppo del lavoro agile.

Con D.P.C.M. 23 settembre 2021 "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni" è stato previsto che a decorrere dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nelle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e quindi anche nella nostra Azienda fosse quella svolta in presenza.

Con DM 08/10/2021 il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, ha disciplinato il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica amministrazione a partire dal 15 ottobre prevedendo che ogni amministrazione adottasse le misure organizzative necessarie all'attuazione delle misure previste dal Dm entro i successivi 15 giorni, assicurando da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza.

L'Azienda ha pertanto fatto rientrare in presenza il personale dipendente e, dopo attenta verifica dei requisiti e della fattibilità, ha provveduto a prorogare per il periodo pandemico, n. 23 progetti di lavoratori fragili modificati ed integrati alle nuove disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 08/10/2021 e sottoscritto con le parti di uno specifico accordo.

Il 29 novembre 2021 sono state emanate da parte del Ministro per la Pubblica Amministrazione delle linee guida sullo Smart Working che hanno dettato delle disposizioni "ponte" in attesa della regolamentazione dell'istituto nell'ambito della contrattazione nazionale.

Con successive normative, e più precisamente il D.Lgs. 30.06.2022 n.105 art 4, comma 1, lett. b), il D.M. 22.8.2022, n. 149 e la legge 29.12.2022, n. 197 (L. di bilancio 2023), art. 1.c. 306 sono stati modificati o confermati alcuni requisiti per la concessione del lavoro agile ai soggetti fragili o con figli piccoli di età inferiore ai 14 anni;

Inoltre, con l'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del Comparto è stato ulteriormente regolamentato il lavoro agile nell'ambito delle Aziende Sanitarie. Anche la regolamentazione Aziendale sarà pertanto oggetto di aggiornamento alla luce delle eventuali disposizioni integrative/modificative.

Programma di sviluppo del lavoro agile

L'Azienda nel PIAO riconosce alle modalità alternative al lavoro in presenza grande valenza strategica e prevede, a regime, un coinvolgimento di un numero elevato di dipendenti che non potrà in ogni caso superare il 10% del personale presente in azienda, salvo limiti diversi fissati a livello di normativa nazionale.

Alla data del 21/06/2022 sono stati approvati in via ordinaria con atto deliberativo n. 18 progetti di Smart Working fra i quali n. 15 dipendenti afferenti all'area del comparto e n. 3 all'area della dirigenza.

Alla data del 31/12/2022 è stato ampliato il numero dei dipendenti con approvazione, in via ordinaria e per un periodo di massimo tre anni, di ulteriori n. 12 progetti di Smart Working

Risultano quindi attivi n. 25 progetti per dipendenti afferenti all'area del comparto e n. 5 afferenti all'area della dirigenza.

L'azienda, al fine di incentivare la dematerializzazione, ha provveduto ad attivare una specifica procedura telematica di richiesta on line del lavoro agile.

Tale procedura risulta definita in più passaggi che corrispondono alle fasi indicate nell'attuale regolamento. I dipendenti, accedendo in INTRANET, possono autonomamente presentare richiesta di attivazione progetto di S.W. la quale, alla fine di tutta la procedura, viene conclusa con la necessaria protocollazione.

L'approvazione è comunque subordinata all'adozione di atto deliberativo da parte del direttore generale.

Completato l'iter autorizzativo i dipendenti sottoscrivono un accordo individuale di lavoro agile controfirmato dal diretto responsabile e dal direttore GRU.

Modalità attuative

Il PIAO approvato con deliberazione 699/2022 comprende varie modalità di resa della prestazione lavorativa:

- Lavoro agile
- Telelavoro
- Co-working
- Lavoro da remoto in postazioni lavorative diverse da quelle nella sede di assegnazione

Vista l'estensione territoriale dell'Azienda e la presenza di molteplici sedi sul territorio, laddove sia stato ritenuto fattibile da parte del Responsabile è stato dato avvio anche alla possibilità per alcuni dipendenti di lavorare da remoto in postazioni lavorative aziendali diverse da quelle nella sede di assegnazione consentendo di acquisire vantaggi in termini di minor assenteismo e di conciliazione tempi di vita lavoro e risparmio di tempi e costi di trasporto da parte dei destinatari.

Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro

Al fine di organizzare il passaggio da lavoro agile "emergenziale" a lavoro agile strutturato secondo le nuove direttive emanate dal Ministro della Pubblica Amministrazione è stata effettuata una revisione del regolamento per lo svolgimento del lavoro agile e del regolamento per il telelavoro. Entrambi i documenti rappresentano il cuore del POLA attualmente confluito nel PIAO e ne costituiscono parte integrante. Nel nuovo PIAO sono stati previsti, come nel precedente POLA, i criteri di priorità nell'assegnazione delle postazioni di smart working o telelavoro nelle more della definizione dei contingenti ammissibili e della fornitura di hardware e linee aziendali.

Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione

Come sopra ricordato, nel PIAO è stato previsto un ventaglio di possibilità volte ad agevolare e differenziare la modalità attraverso la quale la prestazione viene resa. Per il lavoratore autorizzato a svolgere la prestazione lavorativa in smart working, quella di utilizzare, nelle giornate di lavoro da remoto, la propria postazione lavorativa presso la sede di assegnazione oppure altra postazione lavorativa disponibile in sedi diverse da quella di assegnazione previa prenotazione della stessa. E' stata prevista inoltre, per il lavoratore, la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa in presenza ma presso una sede diversa da quella di assegnazione e previa prenotazione delle posizioni disponibili.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1204 del 30/11/2022, è stata approvata la revisione del piano dei fabbisogni di personale per l'anno 2022 ed è stato adottato il piano triennale fabbisogni 2023 – 2025, alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento che individua, in termini qualitativi e quantitativi, le risorse necessarie a porre in essere le prestazioni che l'Azienda è tenuta ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati e viene esposto per unità FTE.

La dotazione organica invece viene definita come lo strumento che, facendo riferimento al piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Coerentemente con le istruzioni operative emanate dalla Regione del Veneto PTFP viene determinato tenendo conto di quanto segue:

- analisi complessiva dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, facendo riferimento agli indicatori standard in relazione alle attività da svolgere definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016, tra cui quelli definiti:
 - con deliberazione n. 2178 del 24/12/2012 con riferimento agli Ospedali di Comunità e alle Unità Riabilitative Territoriali,
 - con deliberazione n. 610 del 29/04/2014 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto nelle aree di degenza ospedaliera,
 - con deliberazione n. 245 del 07/03/2017 con riferimento all'organizzazione del personale dirigente medico in area ospedaliera e alla definizione di valori minimi per il personale del pronto soccorso,
 - con deliberazione n. 1833 del 14/11/2017 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale delle medicine generali e delle chirurgie generali,
 - con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale";
 - con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari".
- compatibilità con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, con particolare riferimento al rispetto del tetto di spesa indicato dalla Regione del Veneto nei prospetti allegati alla nota Prot. n. 491835, del 21 ottobre 2022;
- Impatto delle recenti riforme in ambito sanitario regionale di cui alla L.R. 19/2016, considerando anche il trasferimento di alcune attività ad Azienda Zero, nonché l'accorpamento di funzioni e servizi territoriali;

- Impatto della recente pandemia da COVID-19 che ha imposto la riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera come da piani emergenziali regionali approvati con DGRV 552 del 05/05/2020 e DGRV 782 del 16/06/2020 nonché deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 29/05/2020 di approvazione del piano aziendale di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica;
- misure che il PNRR Missione 6 ha previsto per l'Azienda Ulss 9 in termini di strutture intermedie;

Rispetto alle modalità con cui acquisire le risorse necessarie (personale dipendente, acquisto di prestazioni aggiuntive, specialisti ambulatoriali, esternalizzazioni), viene evidenziato che, stante le nuove condizioni maturate la Regione ha inserito direttamente nelle schede del piano i nuovi obiettivi di costo da rispettare, nello specifico:

- **ANNO 2022 EURO 294.513.420,18**
- **ANNO 2023, 2024 E 2025 EURO 294.513.420,18**

Il tetto indicato è stato successivamente aggiornato per il 2023 al fine di tener conto dei costi derivanti dal rinnovo CCNL del Comparto 2019-2021 e della programmazione Regionale in materia di personale. Il nuovo tetto ammonta ad € 303.663.565.

Le politiche di acquisizione del personale degli ultimi anni, effettuate alla luce delle norme tese ad assicurare adeguati standard ospedalieri e territoriali, hanno di fatto portato a regime la costosità del personale dipendente che satura il tetto assegnato. Ne consegue che nelle programmazioni trimestrali dovrà essere adeguatamente valutata la politica di sostituzione del turn over in alternativa alla implementazione di nuovi progetti assistenziali.

Il PTFP viene espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE), inteso quale sforzo erogato o pianificato per svolgere le attività programmate secondo i criteri sotto riportati e prevede le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano stesso:

- esigenze delle singole unità operative
- esigenze legate a fronteggiare l'emergenza COVID 19 in via di esaurimento
- esigenze relative all'attuazione del PNRR e alla realizzazione del nuovo plesso ospedaliero di Legnago;
- articolazione per profilo professionale
- modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale
- assunzioni obbligatorie
- tempi e modi di reclutamento del personale
- andamento del turn over
- monitoraggio degli istituti di assenza
- modalità di finanziamento dei relativi costi
- tempi di attuazione
- impatto delle esternalizzazioni attuate nel 2022 o programmate per il triennio
- necessità del rispetto del tetto di spesa assegnato

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE DIPENDENTI

Il PTFP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli anni 2023-2024-2025 è stato redatto tenendo conto della programmazione regionale del triennio, aggiornato per quanto riguarda la programmazione ospedaliera dalla DGRV n. 614/2019, dai provvedimenti regionali sopra citati che prevedono nuovi standard per la Sanità Penitenziaria e per la Salute Mentale nonché per l'attivazione delle nuove strutture intermedie previste dalla misura 6 del PNRR.

Si è tenuto conto inoltre della deliberazione del Direttore Generale n. 446/2020 ad oggetto: "Approvazione del piano di risposta ospedaliera in caso emergenza epidemica Azienda Ulss 9 Scaligera" nonché quanto indicato

nelle DGRV 552 e 782/2020 che ha comportato un notevole incremento del personale sanitario necessario a fronteggiare a regime gli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID 19 sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale. L'incremento del fabbisogno di personale, soprattutto infermieristico si è reso possibile nel 2022 in quanto presenti specifiche graduatorie.

Nel piano 2022 si è privilegiato il ricorso ad assunzioni di personale dipendente, ricorrendo anche a scelte di gestione con modalità diverse dalla esternalizzazione con la quale alcune strutture erano state attivate (ad esempio servizio infermieristico Cerris). Purtroppo questa scelta non risulta sempre attivabile a causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali e della necessità del rispetto del tetto di spesa assegnato. Le attività di pronto soccorso degli Ospedali di Bussolengo e Villafranca e le attività anestesologiche dei tre plessi, ad esempio, sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente oltre che con ricorso all'esternalizzazione e convenzione per la gestione dei servizi.

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie, alcune delle quali fa parte della Missione 6 del PNRR, sono state previste le seguenti tempistiche:

- Ospedale di Comunità di **Malcesine (PNRR)**: ultimo trimestre 2023 gestione esternalizzata;
- Ospedale di Comunità di **Bussolengo (PNRR)**: primo semestre 2023 con personale dipendente;
- Hospice di **Bovolone**: primo semestre 2023 con personale dipendente;
- URT di **Bussolengo**: secondo semestre 2023 con personale dipendente;
- URT di **Marzana**: primo semestre 2023 con personale dipendente;

Alla luce delle autorizzazioni extra turn over valorizzate e delle re-internalizzazioni previste (o cambio modalità di gestione di nuovi servizi e attività) il costo del personale anno 2023 sarà mantenuto con una politica di analisi e programmazione di sostituzioni o meno del turn over e di attivazioni o potenziamento dei servizi. Questo anche per gli anni successivi con la precisazione che per il triennio le autorizzazioni concesse che non si riuscirà a coprire con assunzioni a tempo indeterminato, nelle more del reclutamento di personale saranno sostituite con l'attivazione di contratti libero professionali o assunzioni a tempo determinato. Nel piano il personale per il quale è cronica la difficoltà di reclutamento è stato previsto fra il personale dipendente ma probabilmente, nel corso dell'anno cambierà la natura del costo che diventerà per incarichi libero professionali.

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE NON DIPENDENTI

Per quanto riguarda gli incarichi ex art. 7 comma 6 D.Lgs. 165/2001 la previsione si basa sulle autorizzazioni già concesse e può comprendere anche la valorizzazione del protrarsi di contratti iniziati nel 2022 a tutto il 2023 e anni successivi sulla base del trend registrato negli anni scorsi.

Gli incarichi della dirigenza veterinaria riguardano invece prestazioni legate alle attività del D.Lgs. 32/2021 che sono stati considerati oggetto di finanziamento specifico in quanto tariffati alle Aziende che usufruiscono del servizio.

Per quanto riguarda la somministrazione non si prevede di attivare contratti di somministrazione per il 2023 e successivi.

Le previsioni relative ai SAI si mantengono all'interno del tetto assegnato.

Le Consulenze ex art. 117 comma 2 del CCNL 19.12.2019 sono relative a convenzioni con l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona e altre Aziende Sanitarie Regionali e sono finalizzate all'erogazione di prestazioni

istituzionalmente dovute e giustificate dall'assenza/insufficienza di dirigenti medici in servizio in possesso dell'esperienza professionale specialistica necessaria per garantire in maniera appropriata particolari tipologie di prestazioni e riguardano prestazioni di cardiologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, medicina trasfusionale, neurologia, esperto qualificato, pneumologia, radiologia, oncologia, medicina interna (angiologia, eco-color doppler vasi).

Nel PTFP sono state previste sostanzialmente le esternalizzazioni che hanno avuto inizio a decorrere dal 2018 e che in alcuni casi hanno riguardato servizi di nuova istituzione, la riorganizzazione di servizi esistenti o attività provvisoriamente assegnate in attesa di procedere con assunzione di personale dipendente alle quali sono state aggiunte le nuove esternalizzazioni che si prevede si verificheranno nel 2023 e anni successivi.

Le esternalizzazioni indicate sono relative pertanto a:

- Sportelli distretto 4 e attività amministrative varie;
- Esternalizzazione attività di accettazione presso distretti 1, 2 e 3;
- Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI
- Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza per il quale è stata mantenuta la stima per uniformità agli anni precedenti essendosi modificata la modalità di gestione e l'estensione dell'attività;
- esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiológica, pronto soccorso, pediatria e area internistica;
- Nel 2023 è previsto il completamento della esternalizzazione CUP e call center telefonico dell'Ospedale di Villafranca

RE INTERNALIZZAZIONI

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali si prevede nel triennio solamente il completamento della re-internalizzazione, iniziata nel 2022 dell'attività infermieristica presso CERRIS, giustificata da una criticità della gestione affidata all'esterno.

DOTAZIONE ORGANICA

La dotazione organica, richiesta per il 2023, viene espressa in numero di teste e viene soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza.

La dotazione evidenziata ripropone quanto esplicitato in sede di approvazione del nuovo Atto Aziendale, tiene conto del nuovo assetto territoriale e ospedaliero a seguito dell'emergenza epidemiologica e delle autorizzazioni extra turn over concesse con le seguenti precisazioni:

- riduzione del numero di personale dipendente da trasferire ad Azienda Zero ai sensi degli accordi ex art. 47 della L. 428/1990;
- riduzioni, con riferimento alla Dirigenza PTA, legate al processo di fusione delle tre ex Aziende;
- riduzioni legate ai processi di esternalizzazioni stabili in atto;

- incremento del personale infermieristico, OSS/OTA, e altro personale ruolo tecnico legato all'attivazione degli Ospedali di Comunità ;
- incremento del personale autorizzato ai sensi delle DGRV 552 e 782/2020 e Delibera Direttore Generale Ulss 9 n. 446/2020;
- nuovi standard assistenziali previsti con delibera n. 371 del 08/04/2022 con riferimento alla "Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale";
- nuova Unità Operativa Complessa e personale amministrativo previsto con delibera n. 1669 del 29/11/2021 con riferimento al documento "Linee di indirizzo regionali di organizzazione e degli standard per le attività assistenziali all'interno degli Istituti penitenziari".
- trasferimento Psichiatria all'AOUI di Verona;
- incrementi per completamento re-internalizzazione.

La dotazione è stata adeguata nell'assegnazione al costo a carico del bilancio sociale a partire dal 2022 per l'incremento di funzioni delegate.

La dotazione così rideterminata in aumento potrà influenzare la composizione dei fondi contrattuali sulla base di disposizioni regionali in materia.

AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE 2022-2024 RELATIVAMENTE ALL'ANNO 2022

Con riferimento all'aggiornamento del Piano Triennale relativamente all'anno 2022 si evidenzia la saturazione del tetto disponibile a seguito possibilità di fruizione di graduatorie valide soprattutto per il reclutamento di personale infermieristico e oss.

Per quanto riguarda il costo relativo agli specialisti ambulatoriali interni il costo rispetta il tetto assegnato.

Il costo relativo agli incarichi libero professionali unitamente alle convenzioni poste in essere satura il tetto disponibile soprattutto per la necessità di continuare ad usufruire di contratti attivati per l'emergenza COVID e non più finanziati per il protrarsi delle connesse esigenze. Per quanto riguarda le internalizzazioni previste nel corso del 2022 quella dell'attività infermieristica CERRIS è stata pressoché attuata completamente a seguito della necessaria graduale sostituzione del personale che avrà termine nel 2023.

Nel corso del 2022 si sono confermate le esternalizzazioni già in atto quali la gestione degli stipendi sai, guardie anestesilogiche e pronto soccorso e incrementate alcune attività di guardia in pediatria, pneumologia, ostetricia e ginecologia e attività amministrative già parzialmente esternalizzate riguardanti attività amministrative distrettuali.

La Dotazione Organica riflette quanto sopra esposto ed è stata integrata delle figure aggiuntive previste a carico del bilancio sociale per funzioni delegate.

Formazione del personale

Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati. La formazione oltre ad essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

Con l'adozione del piano formativo annuale vengono definiti i percorsi formativi per favorire l'aggiornamento e lo sviluppo delle professionalità presenti in Azienda, indispensabile supporto per il miglioramento delle competenze tecnico-professionali e relazionali del personale nonché dei processi organizzativi aziendali.

In particolare la pianificazione formativa delle figure sanitarie tiene conto delle indicazioni nazionali e regionali che rappresentano lo strumento da utilizzare per orientare i programmi di formazione continua al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN e più in generale della tutela della salute degli individui e della collettività.

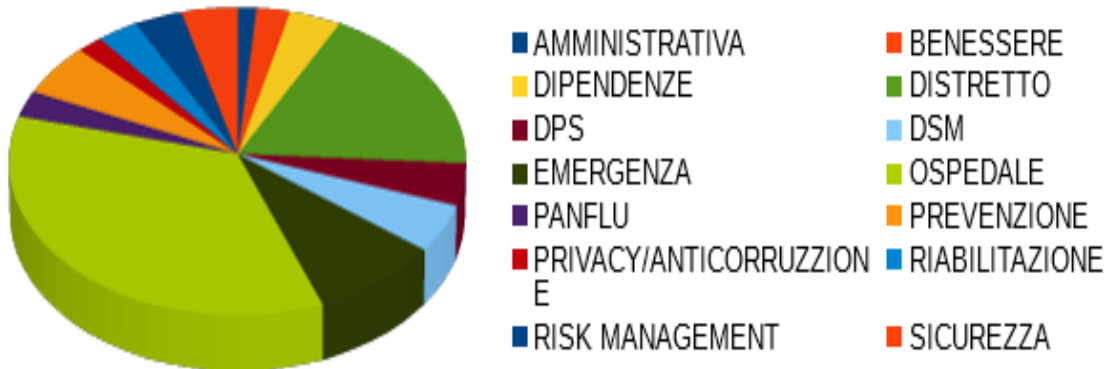
I percorsi formativi approvati nel piano annuale sono rivolti agli operatori differenziati per setting e per figure professionali, nel rispetto dell'obbligo individuale previsto dalla normativa ECM, e garantiscono capacità professionali e competenze tecniche individuali e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale corrispondenti ai bisogni dei pazienti e alle responsabilità di ruolo proprie di ogni singolo operatore.

Il Piano formativo per l'anno 2023, adottato con deliberazione n.1233 del 13.12.2022 è consultabile sul sito aziendale alla pagina https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=308, comprende complessivamente n. 362 corsi di formazione suddivisi per aree tematiche ed organizzative, che potrebbero essere integrati con ulteriori corsi in base a nuovi bisogni formativi.

Tabella 8 - Aree Tematiche/Organizzative

| AREA | N. corsi. |
|------------------------|-----------|
| AMMINISTRATIVA | 5 |
| BENESSERE | 9 |
| DIPENDENZE | 14 |
| DISTRETTO | 66 |
| DPS | 16 |
| DSM | 18 |
| EMERGENZA | 32 |
| OSPEDALE | 126 |
| PANFLU | 10 |
| PREVENZIONE | 20 |
| PRIVACY/ANTICORRUZIONE | 7 |
| RIABILITAZIONE | 11 |
| RISK MANAGEMENT | 13 |
| SICUREZZA | 15 |
| Totale Risultato | 362 |

Tabella 9 – Numero corsi Aree Tematiche/Organizzative



Risorse interne ed esterne disponibili e/o “attivabili” ai fini delle strategie formative

Per le attività di docenza l’Azienda Ulss 9 Scaligera si avvale prioritariamente del proprio personale in possesso di specifiche conoscenze e competenze didattiche, ovvero di formatori esterni per quelle attività che richiedono competenze non presenti in Azienda.

Negli anni è stata creata una rete di formatori interni valorizzando le risorse umane aziendali e le competenze da loro acquisite, a partire da quelle di tipo tecnico specialistico in particolare nell’area dell’emergenza urgenza, nell’area della sicurezza dei lavoratori e nell’area del Risk management. L’utilizzo di formatori dipendenti permette di contestualizzare meglio l’intervento, favorendo il trasferimento efficace dei contenuti del corso alla realtà operativa dei partecipanti. Inoltre con il ricorso ai docenti interni si favorisce il contenimento dei costi per la formazione.

Per la realizzazione delle attività formative sono stati destinati locali, attrezzature tecnologiche nell’entità e con le caratteristiche richieste dalle tipologie didattiche impiegate e per la composizione dei gruppi in formazione.

Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

L’Ulss 9, oltre ad organizzare attività formative in sede, nell’ambito dei propri obiettivi di sviluppo, per la realizzazione di iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio, può avvalersi anche della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore.

Nella fattispecie si avvale e collabora con la Fondazione SSP scuola di formazione, ricerca e consulenza che si occupa dello sviluppo professionale e della crescita organizzativa dei professionisti che lavorano nel Sistema Socio-Sanitario Regionale del Veneto.

Il personale può partecipare a percorsi individuali organizzati da altri Enti attraverso l’utilizzo degli istituti previsti dai contratti di categoria quali:

- **Aggiornamento obbligatorio:** la partecipazione, da parte di tutti i dipendenti, ad iniziative di formazione o di aggiornamento professionale obbligatorio, che risultano strettamente connesse all’attività professionale svolta dal dipendente e dalle quali può derivare una ricaduta diretta sull’organizzazione di appartenenza o sulle competenze esplicitate dal professionista è considerata servizio utile a tutti gli effetti. L’azienda può partecipare alla spesa nel rispetto dei limiti di budget assegnati.
- **Aggiornamento facoltativo:**

- per la dirigenza sanitaria, la partecipazione a documentate iniziative formative, selezionate dai dirigenti interessati, avviene con il ricorso alle ore previste mediante la riserva oraria, nella misura di 4 ore settimanali eventualmente cumulabili;
- per tutto il personale (comparto, dirigenza PTA, dirigenza sanitaria) la partecipazione a documentate iniziative, coerenti con l'attività svolta, avviene con il ricorso del permesso retribuito nella misura massima di 8 giorni all'anno.

Anche l'istituto del diritto allo studio (150 ore) di cui all'art. 62 del CCNL 02.11.2022 per i dipendenti dell'area del Comparto, in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda, favorisce il miglioramento del bagaglio formativo e professionale che l'azienda avrà a disposizione e ciò a seguito anche della certificazione del conseguimento dei diversi titoli di studio. Il nuovo CCNL 02/11/2022 apre anche alla possibilità, nei limiti e con gli istituti previsti, di effettuare progressioni fra aree consentendo anche al personale che acquisisce titoli professionali di poter partecipare e mettere a frutto sia l'esperienza acquisita che la formazione svolta.

Gli obiettivi e i risultati attesi (a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo

Nella progettazione degli eventi formativi è data importanza alla coerenza tra le competenze acquisibili, gli obiettivi formativi, le metodologie didattiche/metodi di lavoro per definire gli strumenti di valutazione più adeguati alla valutazione dell'apprendimento dei discenti.

Per ogni evento è prevista la valutazione dell'apprendimento individuale dei discenti è eseguita con strumenti diversi (questionario, prova scritta, esame pratico project work), a seconda dell'approccio adottato, ma sempre coerenti con gli obiettivi formativi. Attraverso le prove di apprendimento è possibile conoscere se i partecipanti, a conclusione dell'evento, hanno conseguito gli obiettivi formativi definiti.

Con la somministrazione della scheda di gradimento dell'evento formativo vengono raccolti dati che permettono di analizzare:

- la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alle necessità di aggiornamento
- la qualità educativa del programma formativo
- L'utilità dell'evento per la formazione/aggiornamento del discente
- Se in caso di sponsor ci sono riferimenti, indicazioni e/o informazioni non equilibrate o non corrette per influenza dello sponsor

Al fine di rendere efficace il processo di formazione vengono richiesti in fase di presentazione degli eventi indicatori misurabili e oggettivi relativi alla ricaduta interna.

Gli esiti delle verifiche di apprendimento e delle valutazioni di gradimento vengono assunti come elementi oggettivi per migliorare la programmazione singola e complessiva da parte dei direttori di Dipartimento/UOC valutandone il "cambiamento" prodotto dalla formazione in termini di crescita professionale individuale, impatto organizzativo e miglioramento della qualità.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

L'Azienda, attraverso l'Unità Operativa "Comunicazione e Marketing" che gestisce l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, registra con costanza le segnalazioni, gli elogi ed i reclami provenienti dagli utenti. Redige periodicamente un report che segnala con tempestività le principali problematiche percepite dall'utenza e ne permette il "dimensionamento" al di là della percezione, per sua natura, frammentaria delle migliaia di "vissuti" degli utenti che entrano in contatto con l'Azienda.

Questo sistema di raccolta di informazioni circa la qualità dei rapporti con l'utenza, sarà a breve affiancato (prima in via sperimentale, e poi via via in maniera sempre più sistematica) da modalità stabili di raccolta delle esperienze dei pazienti, attraverso gli Osservatori

- PREMs (Patient Reported Experience Measures), che rappresenta un'indagine sull'esperienza di ricovero ospedaliero in regime ordinario svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, e
- PROMs (Patient Reported Outcome Measures) che sono misure di esito riportate dai pazienti durante un percorso assistenziale o una sua fase (intervento/trattamento)

Il monitoraggio delle azioni descritte nelle sezioni precedenti ed in particolare di:

- valore pubblico e performance (responsabile Controllo di Gestione);
- rischi corruttivi e trasparenza (responsabile RPCT);
- piano triennale dei fabbisogni e lavoro agile (responsabile UOC Gestione Risorse Umane);

avverrà con gli strumenti e le modalità previsti in ciascuna sezione.

Il monitoraggio delle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", avverrà in ogni caso secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 mentre il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC.

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso il gruppo di Lavoro espressamente individuato con DDG n. 427 del 28 aprile 2022, procederà al monitoraggio infrannuale e consuntivo dei contenuti programmatici del PIAO 2023-2025. In questo senso giova la tempistica prevista dalla DGR 1717/2022 la Regione Veneto, con cui si indica nel **31 maggio** di ogni anno il termine per la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR, e con cui viene auspicato che si svolgano tra azienda a regione almeno due incontri di monitoraggio annui indicativamente nei mesi di **marzo-aprile** e **settembre-ottobre**; gli esiti di questi appuntamenti di verifica rappresentano il calendario di monitoraggio dell'insieme delle azioni previste dal PIAO per la continua verifica dell'efficacia delle strategie di creazione di Valore Pubblico stabilite.

f.to il Direttore Generale

Pietro Girardi

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 1. "Scheda anagrafica dell'amministrazione"

Sommario

| | |
|---|-----------|
| Sommario | 2 |
| L'AZIENDA IN CIFRE | 3 |
| Premessa | 3 |
| L'ASSISTENZA OSPEDALIERA | 3 |
| Pronto Soccorso | 5 |
| L'ASSISTENZA SPECIALISTICA | 5 |
| L'ASSISTENZA DISTRETTUALE | 7 |
| Strutture territoriali | 7 |
| Assistenza Domiciliare integrata | 8 |
| Centrale Operativa Territoriale (COT) | 9 |
| Cure domiciliari e cure palliative | 9 |
| Assistenza nelle strutture intermedie | 10 |
| Assistenza farmaceutica | 10 |
| Dispositivi medici | 11 |
| Assistenza protesica | 11 |
| Assistenza alle persone anziane non autosufficienti | 12 |
| Assistenza alle persone con disabilità | 12 |
| Assistenza psichiatrica territoriale | 12 |
| L'ASSISTENZA PRIMARIA | 13 |
| PREVENZIONE | 14 |
| Servizio Igiene e Sanità Pubblica SISP | 14 |
| Screening oncologici | 14 |
| Attività di screening per problematiche PFAS | 14 |
| Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL | 15 |
| Medicina Legale | 15 |
| Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare | 16 |

L'Azienda in Cifre

Premessa

Al fine di focalizzare il lettore del Piano integrato di Attività ed Organizzazione ai soli elementi di Valore del testo, si riportano in questo allegato tutte i dati dettagliati di struttura e di attività che caratterizzano l'ULSS 9 Scaligera al fine di rappresentare in maniera completa tutte le dimensioni quantitative che descrivono l'azienda.

L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Azienda ULSS 9 Scaligera comprende 14 Presidi Ospedalieri di cui 7 a gestione diretta e 7 privati accreditati ("Piano aziendale di attuazione della DGR 614/2019" - DDG 609 del 20.9.2019), di cui:

- n.3 Ospedali Presidi di Rete –Spoke (Legnago, San Bonifacio, Villafranca)
- n.4 Strutture Riabilitative integrative della rete Ospedaliera (Malcesine, Bussolengo, Bovolone, Marzana)
- n. 2 Ospedali Spoke – Presidio ospedaliero a valenza provinciale (Negrar, Pederzoli)
- n. 1 struttura Privata accreditata integrativa della rete ospedaliera regionale (San Francesco)
- n. 2 Strutture Monospecialistiche di Riabilitazione Psichiatrica (Villa Santa Giuliana, Villa Santa Chiara)
- n. 2 Strutture di Riabilitazione (Centro Riabilitativo Veronese, Villa Garda)

Tabella 1 DIMISSIONI TOTALI EROGATE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE ULSS 9 SCALIGERA.

| Tipologia strutture | Area omogenea | Posti letto ospedalieri | | | Totale dimissioni | | | di cui attrazioni | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| | | Totale p.l. 2022 | Totale p.l. 2021 | Totale p.l. 2020 | Totale dim 2022 * | Totale dim 2021 | Totale dim 2020 | Totale dim 2022 * | Totale dim 2021 | Totale dim 2020 |
| Strutture private convenzionate | Area chirurgica | 423 | 423 | 461 | 34.409 | 33.735 | 32.211 | 16.802 | 15.732 | 14.286 |
| | Area emergenza-urgenza | 24 | 35 | 34 | 804 | 878 | 794 | 211 | 207 | 210 |
| | Area internistica | 130 | 130 | 130 | 8.938 | 9.533 | 9.672 | 1.479 | 1.518 | 1.484 |
| | Area materno-infantile | 265 | 360 | 359 | 8.569 | 9.629 | 8.851 | 2.690 | 2.845 | 2.518 |
| | Area psichiatrica | 235 | 235 | 235 | 847 | 799 | 770 | 276 | 244 | 235 |
| | Area riabilitativa | 372 | 386 | 391 | 6.424 | 5.787 | 4.897 | 3.576 | 2.976 | 2.332 |
| | Totale strutture private accreditate | 1.449 | 1.569 | 1.610 | 59.991 | 60.361 | 57.195 | 25.034 | 23.522 | 21.065 |
| Strutture pubbliche | Area chirurgica | 200 | 146 | 165 | 11.111 | 9.357 | 8.441 | 1.256 | 1.068 | 980 |
| | Area emergenza-urgenza | 28 | 30 | 30 | 266 | 254 | 261 | 22 | 25 | 14 |
| | Area internistica | 363 | 383 | 374 | 10.527 | 10.756 | 10.611 | 707 | 736 | 788 |
| | Area materno-infantile | 170 | 148 | 169 | 8.829 | 7.811 | 8.595 | 1.383 | 1.243 | 1.301 |
| | Area psichiatrica | 83 | 83 | 82 | 1.679 | 1.471 | 1.387 | 117 | 93 | 78 |
| | Area riabilitativa | 128 | 148 | 202 | 1.501 | 1.355 | 2.141 | 424 | 400 | 351 |
| | Totale strutture pubbliche | 972 | 938 | 1.022 | 33.913 | 31.004 | 31.436 | 3.909 | 3.565 | 3.512 |
| Totale Ulss 9 Scaligera | 2.421 | 2.507 | 2.632 | 93.904 | 91.365 | 88.631 | 28.943 | 27.087 | 24.577 | |
| * Rolling dicembre | | | | | | | | | | |

Fonte dati dimissioni: Flusso SDO 2020, SDO 2021 E SDO 2022 (Fase 11). Fonte dati PL: modello ministeriale HSP 22bis, media mensile anno 2020 e 2021, media primi 9 mesi anno 2022.

Nota: suddivisione aree secondo DGR nr. 614 del 14/05/2019, Allegato B

Tabella 2 DIMISSIONI OSPEDALIERE PER RESIDENTI ULSS 9 SCALIGERA DA PRESIDII PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI ULSS 9 E DA MOBILITA' PASSIVA INTRAREGIONALE

| Tipologia strutture | Area omogenea | Dimissioni di residenti Ulss 9 da presidi pubblici e privati accreditati della medesima azienda | | | Fuga intraregionale degli assistiti Ulss 9 | | | Totale dimissioni di residenti Ulss 9 Scaligera | | |
|---|---|---|-----------------|-----------------|--|-----------------|-----------------|---|-----------------|-----------------|
| | | Totale dim 2022 * | Totale dim 2021 | Totale dim 2020 | Totale dim 2022 * | Totale dim 2021 | Totale dim 2020 | Totale dim 2022 | Totale dim 2021 | Totale dim 2020 |
| Strutture private convenzionate | Area chirurgica | 9.855 | 8.289 | 7.461 | 510 | 567 | 505 | 10.365 | 8.856 | 7.966 |
| | Area emergenza-urgenza | 244 | 229 | 247 | 2 | - | - | 246 | 229 | 247 |
| | Area internistica | 9.820 | 10.020 | 9.823 | 50 | 51 | 36 | 9.870 | 10.071 | 9.859 |
| | Area materno-infantile | 7.446 | 6.568 | 7.294 | 6 | 4 | 6 | 7.452 | 6.572 | 7.300 |
| | Area psichiatrica | 1.562 | 1.378 | 1.309 | 52 | 50 | 51 | 1.614 | 1.428 | 1.360 |
| | Area riabilitativa | 1.077 | 955 | 1.790 | 135 | 145 | 122 | 1.212 | 1.100 | 1.912 |
| | Totale strutture private accreditate | 30.004 | 27.439 | 27.924 | 755 | 817 | 720 | 30.759 | 28.256 | 28.644 |
| Strutture pubbliche | Area chirurgica | 17.607 | 18.003 | 17.925 | 16.810 | 15.500 | 14.659 | 34.417 | 33.503 | 32.584 |
| | Area emergenza-urgenza | 593 | 671 | 584 | 485 | 481 | 593 | 1.078 | 1.152 | 1.177 |
| | Area internistica | 7.459 | 8.015 | 8.188 | 14.873 | 15.207 | 14.994 | 22.332 | 23.222 | 23.182 |
| | Area materno-infantile | 5.879 | 6.784 | 6.333 | 11.667 | 11.181 | 9.952 | 17.546 | 17.965 | 16.285 |
| | Area psichiatrica | 571 | 555 | 535 | 344 | 264 | 286 | 915 | 819 | 821 |
| | Area riabilitativa | 2.848 | 2.811 | 2.565 | 312 | 380 | 638 | 3.160 | 3.191 | 3.203 |
| | Totale strutture pubbliche | 34.957 | 36.839 | 36.130 | 44.491 | 43.013 | 41.122 | 79.448 | 79.852 | 77.252 |
| Totale Ulss 9 Scaligera | 64.961 | 64.278 | 64.054 | 45.246 | 43.830 | 41.842 | 110.207 | 108.108 | 105.896 | |
| * Rolling dicembre ** Rolling IV trimestre | | | | | | | | | | |

Fonte dati: Flusso SDO 2020, SDO 2021 e SDO 2022 (Fase 11), SOLO residenti Ulss 9 Scaligera

Fonte dati: Flusso Mobilità Intraregionale 2020, 2021 e 2022 (ultimo trimestre rolling).

Nota: suddivisione aree secondo DGR nr. 614 del 14/05/2019, Allegato B

Pronto Soccorso

Tabella 3 - Accessi al Pronto Soccorso per struttura e per anno

| Struttura Erogatrice | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Ospedale Di Legnago | 37180 | 42415 | 50756 |
| Ospedale Di Bovolone | 5149 | 1199 | 0 |
| Ospedale Di San Bonifacio | 37781 | 44303 | 48399 |
| Ospedale Di Villafranca | 23302 | 20443 | 38434 |
| Ospedale Di Bussolengo | 12734 | 14414 | 17139 |
| Ospedale Di Malcesine | 2000 | 2947 | 3682 |
| Ospedale Sacro Cuore Don Calabria | 37195 | 43457 | 50058 |
| Casa Di Cura Pederzoli | 32976 | 39007 | 42050 |
| Totale | 188317 | 208185 | 250518 |

Accessi al PS anno 2022 per triage in ingresso e in uscita, distinti per strutture pubbliche e private

Tabella 4 Accessi al PS anno 2022 per triage in ingresso e in uscita Strutture pubbliche

| Triage ingresso | Triage uscita | | | | | | Totale |
|---------------------|---------------|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | Rosso | Arancione | Giallo | Verde | Bianco | Non eseguito | |
| Rosso | 426 | 238 | 681 | 568 | 14 | 14 | 1941 |
| Arancione | 159 | 915 | 1924 | 10930 | 330 | 188 | 14446 |
| Giallo | 138 | 125 | 2792 | 15701 | 616 | 171 | 19543 |
| Verde | 22 | 95 | 743 | 20730 | 10807 | 233 | 32630 |
| Bianco | 10 | 49 | 708 | 29345 | 54377 | 4877 | 89366 |
| Non eseguito | 0 | 4 | 21 | 383 | 23 | 53 | 484 |
| Totale | 755 | 1426 | 6869 | 77657 | 66167 | 5536 | 158410 |

Tabella 5 Accessi al PS anno 2022 per triage in ingresso e in uscita Strutture Private

| Triage ingresso | Triage uscita | | | | | | Totale |
|---------------------|---------------|------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Rosso | Arancione | Giallo | Verde | Bianco | Non eseguito | |
| Rosso | 90 | 21 | 150 | 340 | 2 | - | 603 |
| Arancione | 11 | 63 | 270 | 4510 | 71 | 1 | 4926 |
| Giallo | 62 | 12 | 878 | 8326 | 338 | 26 | 9642 |
| Verde | 19 | 22 | 664 | 15896 | 10583 | 367 | 27551 |
| Bianco | 2 | 3 | 123 | 18845 | 29546 | 809 | 49328 |
| Non eseguito | - | - | 4 | 13 | 2 | 39 | 58 |
| Totale | 184 | 121 | 2089 | 47930 | 40542 | 1242 | 92108 |

L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

L'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte dell'Azienda Ulss 9 Scaligera ha raggiunto i livelli pre-Covid, con una stima di circa 9 milioni di prestazioni erogate nel 2022.

L'attività è garantita sia dagli ambulatori ospedalieri e distrettuali nell'ambito di strutture gestite direttamente dall'azienda ULSS 9 sia da strutture private accreditate.

Tabella 6 Numero delle prestazioni erogate dall'azienda Ulss 9 Scaligera per macro-area e tipologia di struttura, anni 2020-2022 (dic 21-nov 22).

| Tipologia strutture | 509-Strutture pubbliche | | | 509-Strutture private | | | Totale | | |
|--|-------------------------|------------------|------------------|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 rolling* | 2020 | 2021 | 2022 rolling* | 2020 | 2021 | 2022 rolling* |
| 03.Laboratorio | 3.452.933 | 4.757.219 | 5.249.178 | 1.597.617 | 1.739.301 | 1.688.968 | 5.050.550 | 6.496.520 | 6.938.146 |
| 56.Medicina fisica e riabilitazione | 122.115 | 157.444 | 151.103 | 227.623 | 251.004 | 237.548 | 349.738 | 408.448 | 388.651 |
| 69.Radiologia Diagnostica | 154.947 | 202.423 | 205.926 | 282.704 | 319.925 | 325.762 | 437.651 | 522.348 | 531.688 |
| Altre Branche | 619.793 | 692.635 | 753.546 | 396.810 | 454.699 | 445.165 | 1.016.603 | 1.147.334 | 1.198.711 |
| Totale | 4.349.788 | 5.809.721 | 6.359.753 | 2.504.754 | 2.764.929 | 2.697.443 | 6.854.542 | 8.574.650 | 9.057.196 |

*periodo: dicembre 2021-novembre 2022

Le strutture private erogano meno prestazioni di quelle pubbliche (il 30% del totale Ulss 9) ma per un valore tariffato superiore (55% del totale Ulss 9).

Nel territorio Veronese la domanda di prestazioni specialistiche viene soddisfatta anche attraverso l'attività dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) che in alcune branche supera anche il 50% del totale delle prestazioni erogate ai residenti.

Figura 1 Distribuzione del numero di prestazioni a residenti per tipologia di struttura e branca, anno 2022 (dic 21-nov 22).

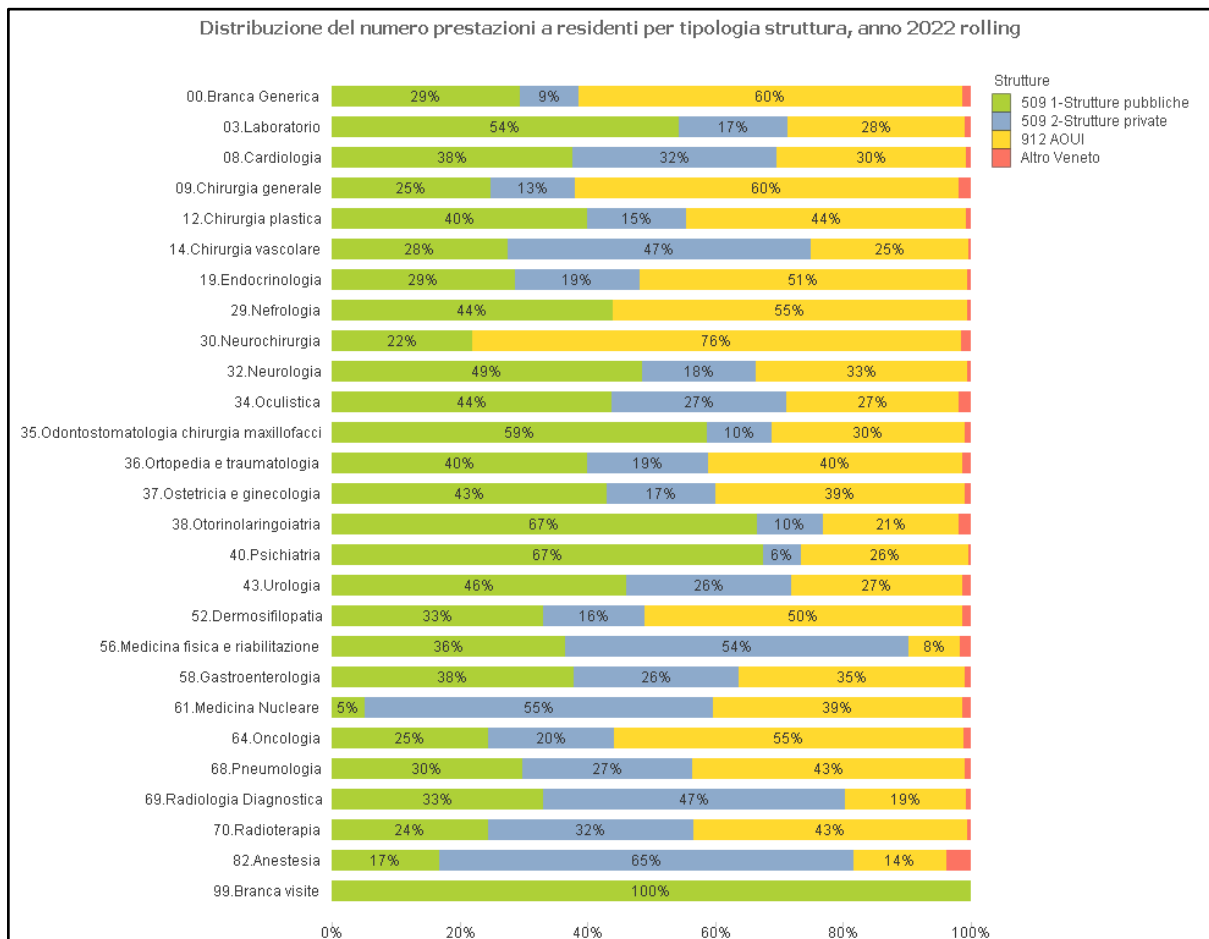


Figura 2 Numero e importo prestazioni erogate a residenti nel territorio dell'Azienda Ulss 9 Scaligera. Anni 2020-2022 (dicembre 2021-novembre 2022).



L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Strutture territoriali

Tabella 7 Strutture a gestione diretta per tipologia di struttura e tipologia di assistenza

| tipo di struttura | Tipo Di Assistenza | 2022 | 2021 | 2020 |
|----------------------------|--|--------------|--------------|--------------|
| | | n. strutture | n. strutture | n. strutture |
| AMBULATORIO E LABORATORIO | Attività Clinica | 53 | 53 | 59 |
| | Diagnostica Strumentale E Per Immagini | 17 | 17 | 17 |
| | Attività Di Laboratorio | 17 | 17 | 17 |
| | Assistenza Pazienti Covid-19 | 1 | - | - |
| | Prescrizione Farmaci Nota 99 Aifa | 4 | - | - |
| | Assistenza Npia | 9 | - | - |
| STRUTTURA RESIDENZIALE | Assistenza Psichiatrica | 9 | 9 | 12 |
| | Assistenza Agli Anziani | 2 | 2 | 2 |
| | Assistenza Ai Disabili Fisici | 3 | 3 | 3 |
| | Assistenza Ai Disabili Psichici | 1 | 1 | 1 |
| | Assistenza Ai Malati Terminali | 1 | - | - |
| | Assistenza Pazienti Covid-19 | 1 | 1 | 1 |
| STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE | Assistenza Psichiatrica | 8 | 8 | 9 |
| | Assistenza Per Tossicodipendenti | 2 | 2 | 2 |
| | Assistenza Ai Disabili Psichici | 3 | 3 | 3 |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|----|----|----|
| ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE | Attività Clinica | 28 | 28 | 34 |
| | Diagnostica Strumentale E Per Immagini | 2 | 2 | 3 |
| | Attività Di Laboratorio | 2 | 2 | 2 |
| | Attività Di Consultorio Materno-Infantile | 15 | 16 | 16 |
| | Assistenza Psichiatrica | 6 | 5 | 7 |
| | Assistenza Per Tossicodipendenti | 6 | 6 | 6 |
| | Assistenza Aids | 2 | 2 | 2 |
| | Assistenza Ai Malati Terminali | 3 | 3 | 3 |
| | Vaccinazioni Anti Covid-19 | 7 | 5 | - |

Tabella 8 Strutture private accreditate per tipologia di struttura e tipologia di assistenza

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|--------------------------------------|---|--------------|--------------|--------------|
| Tipo di struttura | Tipo di assistenza | n. strutture | n. strutture | n. strutture |
| Ambulatorio E Laboratorio | Attività Clinica | 14 | 13 | 16 |
| | Diagnostica Strumentale E Per Immagini | 7 | 7 | 8 |
| | Attività Di Laboratorio | 14 | 14 | 14 |
| | Prescrizione Farmaci Nota 99 Aifa | 2 | - | - |
| Struttura Residenziale | Assistenza Psichiatrica | 28 | 30 | 26 |
| | Assistenza Per Tossicodipendenti | 4 | 4 | 4 |
| | Assistenza Aids | 1 | 1 | 1 |
| | Assistenza Agli Anziani | 80 | 80 | 80 |
| | Assistenza Ai Disabili Fisici | 18 | 18 | 18 |
| | Assistenza Ai Disabili Psichici | 46 | 47 | 47 |
| | Assistenza Ai Malati Terminali | 2 | 3 | 3 |
| Struttura Semiresidenziale | Assistenza Psichiatrica | 2 | 2 | 2 |
| | Assistenza Agli Anziani | 16 | 16 | 18 |
| | Assistenza Ai Disabili Fisici | 29 | 29 | 29 |
| | Assistenza Ai Disabili Psichici | 56 | 56 | 56 |
| Altro Tipo Di Struttura Territoriale | Attività Clinica | - | 1 | 1 |
| | Attività Di Consultorio Materno-Infantile | 4 | 4 | 4 |
| | Assistenza Per Tossicodipendenti | 5 | 5 | 5 |
| | Assistenza Idrotermale | 1 | 1 | 1 |
| | Assistenza Ai Malati Terminali | 3 | 3 | 2 |
| | Vaccinazioni Anti Covid-19 | 1 | - | - |

Assistenza Domiciliare integrata

L'assistenza domiciliare viene garantita da diverse figure professionali che variano in base all'esigenza del cittadino. Si osserva un trend in calo del numero di accessi domiciliari soprattutto per quanto riguarda gli accessi dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Tabella 9 Accessi di assistenza domiciliare integrata per figura professionale, anni 2020-2022, fonte: flusso ADI.

| Figura professionale | 2020 | 2021 | 2022 rolling* |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Infermiere | 217.419 | 199.553 | 199.101 |
| MMG | 84.459 | 60.832 | 56.716 |
| OSS ULSS (del SSN) | 43.521 | 40.333 | 42.730 |
| Fisioterapista | 8.233 | 11.001 | 9.321 |
| Assistente Sociale ULSS | 11.081 | 5.474 | 4.396 |
| Medico Esperto in cure palliative | 7.066 | 8.981 | 9.773 |
| Medico Specialista | 2.808 | 3.056 | 2.893 |
| OSS del Comune (no SSN) | 173 | 4.943 | 3.137 |
| PLS | 691 | 502 | 423 |
| Medico USCA | 332 | 186 | 335 |
| Altro | 22 | 334 | 330 |
| Assistente Sociale Comune | 225 | 135 | 1 |
| Totale | 376.030 | 335.330 | 329.156 |

*periodo: ottobre 2021-settembre 2022

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Nel corso degli anni 2021-2022 la COT ha svolto le funzioni previste dalla normativa di riferimento coordinando le transizioni protette intra ed extra Ulss: supervisionando il periodo di ricovero, la dimissione e la successiva presa in carico a livello territoriale da parte delle Cure Primarie, sia verso le cure domiciliari che verso le cure intermedie. Svolge una funzione di raccordo tra le Cure Primarie in particolare le Centrali operative dell'assistenza domiciliare e le strutture dimettenti in un'ottica di miglioramento e sensibilizzazione dei percorsi di dimissione condivisi.

Le transizioni che non seguono percorsi definiti sono presi in carico direttamente dalla COT per identificare possibili offerte attivabili sul territorio e per condividere le informazioni con la struttura dimettente e il territorio attivando le risorse della rete assistenziale e monitorandone il percorso di transizione.

Possono essere attivati attraverso la COT accoglimenti temporanei tempestivi in strutture residenziali in particolari situazioni di urgenza definite in sede di UVMD, per persone non autosufficienti che a causa di sopraggiunte condizioni di salute necessitano di trattamenti sanitari continui non erogabili in ambito domiciliare. La COT in questi casi assume un intervento attivo di ricerca del posto letto, di supporto e monitoraggio del percorso assistenziale e della dimissione verso il domicilio o un nuovo setting di cura.

La COT ha svolto un ruolo attivo nei processi di transizione dei pazienti positivi al Covid verso gli Hotel Covid in collaborazione con il SISP, con le Cure Primarie e altre strutture della rete intra e extra Ulss.

Tabella 10 Numero di trasferimenti gestiti dalla COT e/o monitorati dalla COT.

| | 2021 | 2022 | Differenza 2022 vs 2021 |
|--|--------------|---------------------|-------------------------|
| dimissioni protette ospedaliere con presa in carico successiva da parte delle Cure Primarie | 4.432 | 4.758 | +326 |
| Coordinamento delle dimissioni per le quali non esistono percorsi strutturati | 196 | 221 | +25 |
| Trasferimenti verso Hotel Covid con gestione del percorso di inserimento in collaborazione con il SISP | 50 | 64 | +14 |
| Trasferimenti verso ODC Covid -PL Covid post acuti ospedalieri (monitoraggio transizioni) | 481 | 389 | -92 |
| Segnalazioni dagli ospedali di trasferimenti di pazienti positivi verso il territorio | 936 | 599 | -337 |
| Trasferimenti verso la residenzialità tempestiva temporanea con ricerca attiva del P.L. | 105 | 96 | -9 |
| Trasferimenti verso gli ODC, monitoraggio del percorso | | 661 (da sett. 2022) | +661 |
| Trasferimenti verso gli Hospice, monitoraggio del percorso | | 275 (da sett. 2022) | +275 |
| Totale | 6.200 | 7.063 | +863 |

Cure domiciliari e cure palliative

Tabella 11 Indicatori di attività delle cure domiciliari

| Indicatori | Almeno 1 accesso all'anno | | |
|---------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 rolling* |
| Numero assistiti in ADI | 20.954 | 14.371 | 14.363 |
| Assistiti 75+ anni | 14.415 | 11.114 | 11.381 |
| % assistiti 75+ anni | 69% | 77% | 79% |
| Tasso x 1000 ab. 75+ anni | 133,9 (pop 107.624) | 105,2 (pop 105.659) | 104,4 (pop 109.061) |

*periodo: ottobre 2021-settembre 2022

Tabella 12 Numero di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative, di cui deceduti a domicilio o in hospice per distretto di residenza. Periodo: ottobre 2021-settembre 2022, fonte: datawarehouse regionale.

| Distretto | Distretto 1 e 2 | Distretto 3 | Distretto 4 | Totale |
|---|-----------------|-------------|-------------|--------|
| Totale decessi (ADI + HSP) | 690 | 162 | 350 | 1.202 |
| Numero Decessi ADI | 453 | 103 | 211 | 767 |
| Numero Decessi Hospice | 237 | 59 | 139 | 435 |
| Numero deceduti oncologici media ultimi 3 anni | 1.262 | 403 | 682 | 2.347 |
| Numero deceduti oncologici assistiti dalla rete delle cure palliative sul totale dei deceduti oncologici (soglia 55%) | 55% | 40% | 51% | 51% |

Assistenza nelle strutture intermedie

Le strutture intermedie dell'Ulss 9 Scaligera - Ospedali di Comunità (OdC) - sono strutture sanitarie di ricovero breve, che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale, svolgendo una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Sono rivolte a garantire le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera (evitare ricoveri impropri), ma sono troppo complessi per poter essere trattati in un regime ambulatoriale o residenziale domiciliare. Nell'Ulss 9 Scaligera sono stati attivati tre OdC pubblici e tre OdC privati accreditati. Secondo le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie (DGR 1107/2020) sono previsti complessivamente nove OdC pubblici e quattro OdC privati accreditati.

Per quanto riguarda l'Hospice, rientrante tra le strutture sanitarie che afferiscono alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale, il servizio è caratterizzato anch'esso dalla temporaneità della permanenza, ovvero in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. Da schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie (DGR 1107/2020), sono previsti complessivamente due Hospice a gestione diretta pubblica, di cui uno già attivato, e quattro Hospice a gestione privata accreditata, di cui due già attivati.

Tabella 13 Posti letto per tipologia di struttura e per distretto.

| Tipologia di struttura | | Posti letto Distretto 1 | Posti letto Distretto 2 | Posti letto Distretto 3 | Posti letto Distretto 4 | Totale |
|-----------------------------|----------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|
| Ospedale di Comunità (ODC) | Pubblico | | 18 | 24 | | 42 |
| | Privato | 48 | | | 48 | 96 |
| Hospice | Pubblico | 14 | 7 | | | 21 |
| | Privato | | | | 10 | 10 |
| Totale strutture intermedie | Pubblico | 14 | 25 | 24 | | 63 |
| | Privato | 48 | | | 58 | 106 |

Assistenza farmaceutica

Sul territorio dell'ULSS 9 sono attive 278 farmacie convenzionate, con una spesa totale di oltre 92 milioni.

Tabella 14 Dati Farmacie Convenzionate

| Distretti | Distretto 1-2 | Distretto 3 | Distretto 4 | Totale |
|----------------------------------|---------------|-------------|-------------|------------|
| Numero Farmacie convenzionate | 140 | 49 | 89 | 278* |
| Spesa farmaceutica convenzionata | 48.467.594 | 15.725.612 | 28.579.624 | 92.772.830 |

* sono incluse 3 farmacie extra-regione di confine (1 afferente al Distretto 3 e 2 afferenti al Distretto 4)

Dispositivi medici

L'analisi dei consumi di Dispositivi medici è stata oggetto di specifico capitolo della Relazione al Bilancio Preventivo

(https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Bilanci/Bilancio%20preventivo/ANNO%202023/Relazione_del_DirettoreGenerale.pdf) pagine 30, 44, 61-63 cui si rimanda per approfondimenti.

Assistenza protesica

L'Assistenza Protesica è oggetto di specifico monitoraggio tramite il Flusso Assistenza Protesica (Flusso AP - nota Regione Veneto prot. n. 33674 del 26 gennaio 2015) che permette di considerare la soddisfazione di tale livello di assistenza al di là della contabilizzazione dei relativi costi, frammentata nei conti BA0790 "Assistenza protesica da privato", BA1940 "Manutenzioni e riparazioni", BA2020 "Canoni di noleggio" e Beni ad utilità pluriennale inseriti a patrimonio.

A tutto settembre 2022 oltre 9.000 persone hanno goduto di assistenza protesica (dato in crescita di quasi il 10% rispetto al pari periodo 2021, soprattutto nei distretti 3 e 4).

Assistenza protesica per distretto e confronto con anno precedente per il periodo gen-set 2022 (fonte Flusso AP)

Tabella 15 Spesa per dispositivi non monouso e numero di soggetti distinti per distretto e spesa per servizi accessori complessiva

| Distretto | gennaio - settembre 2022 | | gennaio - settembre 2021 | | VAR % | |
|-----------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|-------------|----------|
| | spesa | soggetti | spesa | soggetti | spesa | soggetti |
| 1-2 | 2.968.164,89 | 4.493 | 2.784.421,24 | 4.507 | 6,6% | -0,3% |
| 3 | 968.523,24 | 1.546 | 826.014,48 | 1.401 | 17,3% | 10,3% |
| 4 | 1.793.731,31 | 3.253 | 1.252.061,78 | 2.556 | 43,3% | 27,3% |
| Totale | 5.730.419,44 | 9.290 | 4.862.497,50 | 8.458 | 17,8% | 9,8% |
| Servizi Accessori (*) | 456.914,10 | | 1.246.940,85 | | -63,4% | |
| Totale | 6.187.333,54 | | 6.109.438,35 | | 1,3% | |

Nota: la distinzione per distretto è basata sulla residenza dell'utente

La spesa si concentra soprattutto sull'erogazione di plantari e calzature ortopediche, ausili per l'udito, unità posturale, ventilatori/respiratori e carrozzine (che insieme cubano il 67% del totale).

Tabella 16 Prime 20 voci di spesa per codici ISO al II livello

| ISO II livello | descrizione | spesa | soggetti | spesa/soggetti | var % rispetto alla spesa del 2021 |
|----------------|--------------------------------------|------------|----------|----------------|------------------------------------|
| 06.12 | Plantari | 810.221,82 | 2280 | 355,36 | 1,2% |
| 22.06 | Ausili per l'udito | 620.203,74 | 440 | 1.409,55 | 215,7% |
| 21.45 | Apparecchio acustico | 614.728,50 | 495 | 1.241,88 | -42,4% |
| 18.09 | Unità posturale | 542.690,93 | 521 | 1.041,63 | 7,8% |
| 04.03 | Ventilatori/respiratori | 434.038,08 | 312 | 1.391,15 | 1125,3% |
| 06.33 | Calzature ortopediche | 377.695,35 | 1043 | 362,12 | -7,5% |
| 06.24 | Protesi arti inferiori | 312.569,04 | 86 | 3.634,52 | -16,5% |
| 06.03 | Busto/corsetto | 266.360,32 | 365 | 729,75 | 15,5% |
| 12.24 | Tavolini, braccioli, schienali | 221.994,82 | 1038 | 213,87 | 22,8% |
| 12.22 | Carrozzine | 208.509,15 | 718 | 290,40 | 794,8% |
| 18.12 | Letti, sponde, traverse | 182.890,24 | 1939 | 94,32 | 105,2% |
| 12.21 | Carrozzina | 140.668,34 | 1769 | 79,52 | -47,1% |
| 12.36 | Ausili per sollevamento | 136.677,61 | 808 | 169,16 | 51,2% |
| 03.33 | Materassi/cuscini | 97.337,78 | 1751 | 55,59 | 61,2% |
| 06.30 | Protesi non di arto | 92.396,21 | 279 | 331,17 | 12,4% |
| 12.23 | Carrozzine a motore elettrico | 78.999,32 | 62 | 1.274,18 | 287,7% |
| 22.36 | Dispositivi di ingresso per computer | 61.773,92 | 7 | 8.824,85 | 3465,3% |
| 04.48 | tavolo inclinabile per statica | 49.025,58 | 29 | 1.690,54 | 526,9% |
| 09.12 | Ausili per evacuazione | 47.442,14 | 795 | 59,68 | 100,6% |
| 22.21 | Ausili per comunicazione | 46.297,27 | 48 | 964,53 | -11,3% |

| | | | | | |
|--|--|--------------|--|--|-------|
| | carrozine(12.22+12.21+12.23) | 428.176,81 | | | 38,4% |
| | ausili o apparecchi udito(21.45+22.06) | 1.234.932,24 | | | -2,2% |

Assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Tabella 17 Utenti ospitati nelle strutture per assistenza anziani con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAR Anno 2022

| Tipologia di struttura | Posti Letto | Utenti | Prese in carico | Giornate di presenza |
|-------------------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------|
| UDO non auto 1 livello | 4.576 | 4.913 | 5.247 | 704.084 |
| UDO non auto 2 livello | 1.032 | 1.182 | 1.256 | 265.625 |
| Religiosi di 1° livello | 186 | 166 | 171 | 52.581 |
| Centro diurno non auto | 305 | 274 | 313 | 45.361 |
| SAPA | 10 | 38 | 38 | 1.848 |
| SVP | 29 | 30 | 32 | 7.039 |
| Autosufficienti | 323 | 190 | 192 | 35.563 |
| Totale | 6.461 | 6.638 | 7.249 | 1.112.101 |

Assistenza alle persone con disabilità

Tabella 18 Utenti ospitati nelle strutture per assistenza disabili con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAD Anno 2022

| Tipologia di struttura | Posti letto | Utenti | Prese in carico | Giornate presenza di |
|--|-------------|-------------|-----------------|----------------------|
| Comunità alloggio per persone con disabilità | 421 | 391 | 391 | 102.415 |
| Comunità residenziale per persone con disabilità | 20 | 21 | 21 | 5.347 |
| RSA per persone con disabilità | 242 | 197 | 197 | 50.032 |
| Centro diurno per persone con disabilità | 1418 | 1188 | 1188 | 308.049 |
| Progetto educativo occupazionale esterno al CD | 0 | 173 | 173 | 43.156 |
| Progetto Dopo Di Noi | 0 | 285 | 285 | 70038 |
| Totale | 2101 | 2023 | 2023 | 579.037 |

Assistenza psichiatrica territoriale

Tabella 19 Utenti con almeno un contatto con l'Azienda Ulss 9 Scaligera per anno e tipo di assistenza, anni 2019-2021. Fonte Datawarehouse regionale.

| Anno | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------|--------------|--------------|---------------|
| Solo Territoriale | 7.532 | 7.996 | 8.781 |
| di cui solo Pronto Soccorso | 225 | 217 | 165 |
| Solo Ospedaliera | 978 | 905 | 905 |
| Territoriale e Ospedaliera | 1.059 | 910 | 997 |
| Totale | 9.569 | 9.811 | 10.683 |

Tabella 20 Utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per diagnosi, anni 2019-2021. Fonte Datawarehouse regionale.

| Diagnosi | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|-------|-------|-------|
| Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti | 2.082 | 2.107 | 2.144 |
| Disturbi affettivi | 2.662 | 2.555 | 2.678 |
| Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi | 2.438 | 2.632 | 2.977 |

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto | 1.017 | 1.000 | 1.165 |
| Altre diagnosi psichiatriche | 1.641 | 1.638 | 1.769 |

L'ASSISTENZA PRIMARIA

Di seguito si riportano i dati relativi ai professionisti convenzionati Medici di medicina Generale e pediatri di libera scelta.

Tabella 21 Personale convenzionato al 31/12/2022

| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Medici di medicina generale - assistenza primaria | 145 | 131 | 81 | 164 | 521 |
| Pediatri di libera scelta | 26 | 29 | 18 | 37 | 110 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. Medicine in Rete | 5 | 7 | 0 | 8 | 20 |
| n. MMG in MR | 23 | 29 | 0 | 38 | 90 |
| n. PLS in MR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. Medicine di gruppo | 25 | 13 | 4 | 21 | 63 |
| n. MMG in MdG | 95 | 62 | 21 | 93 | 271 |
| n. PLS in MdG | 2 | 4 | 2 | 4 | 12 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. Medicine di gruppo integrate | 1 | 2 | 5 | 2 | 10 |
| n. MMG in MdGI | 7 | 20 | 44 | 18 | 89 |
| n. PLS in MdGI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. MMG totale in MR, MdG/MdGI, forme miste | 131 | 111 | 65 | 149 | 456 |
| n. PLS totale in MR, MdG/MdGI, forme miste | 2 | 4 | 2 | 4 | 12 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. MMG medici singoli | 14 | 20 | 16 | 15 | 65 |
| | distretto 1 | distretto 2 | distretto 3 | distretto 4 | Ulss Scaligera 9 |
| n. Associazioni semplici pediatria di libera scelta | 4 | 4 | 3 | 6 | 17 |
| n. PLS in associazioni semplici | 17 | 17 | 8 | 25 | 67 |

PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica SISP

Tabella 22 Dati Vaccinazioni ed attività SISP

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|---|---|---------|---------|---------|
| PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE | n. vaccinazioni* | 709.463 | 604.691 | 430.322 |
| | n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)* | 1.058 | 599 | 569 |
| ATTIVITÀ DI PREVENZIONE | n. sopralluoghi | 467 | 603 | 893 |
| | n. campionamenti | 808 | 825 | 480 |
| | n. pareri edilizi | 301 | 428 | 364 |

Screening oncologici

Tabella 23 Dati Screening oncologici

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|---------------------------|---|---------|---------|----------|
| SCREENING MAMMOGRAFICO | Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito | 72.395* | 71.287* | 71.187 * |
| | Tasso di copertura (obiettivo regionale) | 61,1% | 60,2% | 43,3% |
| | n. inviti (esclusi inesitati) | 73.692 | 74.016 | 57.464 |
| | Tasso di adesione grezzo | 60,0% | 58,0% | 53,7% |
| SCREENING CITOLOGICO | Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito | 76.290 | 77.573 | 78.160 |
| | Tasso di copertura (obiettivo regionale) | 59,8% | 58,0% | 23,2% |
| | n. inviti (esclusi inesitati) | 62.321 | 62.685 | 35.966 |
| | Tasso di adesione grezzo | 45,50% | 44,9% | 33,10% |
| SCREENING COLON-RETTO DEL | Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito | 120.793 | 117.962 | 115.735 |
| | Tasso di copertura (obiettivo regionale) | 53,8% | 87,9% | 19,7% |
| | n. inviti (esclusi inesitati) | 100.387 | 162.190 | 42.365 |
| | Tasso di adesione corretto | 65,7% | 64,8% | 54,4% |
| * fascia d'età 50-74 aa | | | | |

Attività di screening per problematiche PFAS

Tabella 24 Dati attività di screening PFAS

| | 2022 | | | 2021 | | | 2020 | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| | Inviati | Effettuati | % | Inviati | Effettuati | % | Inviati | Effettuati | % |
| Legnago | 5.052 | 2.752 | 54,5% | 2.381 | 1.412 | 59,30% | 3.852 | 1.176 | 30,53% |
| Cologna Veneta | 4.286 | 2.215 | 51,7% | 2.628 | 1.352 | 51,45% | 3.911 | 1.093 | 27,95% |
| totali | 9.338 | 4.967 | 53,2% | 5.009 | 2.764 | 55,18% | 7.763 | 2.279 | 29,35% |

| | 2022 | | | 2021 | | | 2020 | | |
|--------------------------------------|---------|------------|------|--------------|------------|---------------|-------------|-------------|---------------|
| | Inviati | Effettuati | % | Inviati | Effettuati | % | Inviati | Effettuati | % |
| Legnago endocrinologico/internistico | 1 | 1 | 100% | 169 | 138 | 81,66% | 1854 | 665 | 35,87% |
| Legnago cardiologico | / | / | / | 1236 | 752 | 60,84% | 948 | 409 | 43,14% |
| totali | | | | 1.405 | 890 | 63,35% | 2802 | 1074 | 38,33% |

A causa della sospensione dell'attività dal 16/03/2020 e la mancata ripresa sul primo livello , dei 7763 invitati, 3172 sono in attesa di recupero (1677 in sospeso a Legnago e 1495 a San Bonifacio). Pertanto dovrebbe essere ricalcolata anche l'adesione grezza che sale a 54% a Legnago e a 45,2% a San Bonifacio.

L'attività ha subito delle sospensioni e rallentamenti dovuti alla mancanza di personale e alla pandemia : per il primo livello la ripresa è avvenuta solo da fine giugno 2021 e per Legnago/primi di luglio 2021 per San Bonifacio , con chiamata dei solo soggetti adulti, per ciò che riguarda il primo livello PFAS ed è stata nuovamente sospesa dal 20/12/2021 (ho cercato di togliere gli inviti che abbiamo dovuto sospendere dal computo del totale degli invitati, ma non garantisco la precisione).

Per il secondo livello endocrinologico: l'attività è stata interrotta dal 02/08/2021 e non è più ripresa. Abbiamo cercato di recuperare prioritariamente coloro che avevano un percorso già avviato con lo screening nel 2020, ma essendoci solo una dottoressa a 3 ore la settimana, i numeri sono abbastanza scarsi.

Per il secondo livello cardiologico non ci sono state interruzioni se non nei periodi di ferie e dopo il 16/12/2021 l'attività è stata sospesa in attesa di nuove disposizioni da parte della Direzione.

Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL

Tabella 25 Attività SPISAL

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|---|---|-------|-------|-------|
| VIGILANZA | Sopralluoghi* | 1.502 | 2.194 | 4.096 |
| | Aziende oggetto di intervento ** | 1.744 | 1.994 | 3.233 |
| | Indagini per infortuni sul lavoro | 303 | 313 | 212 |
| | Indagini per malattie professionali | 528 | 243 | 170 |
| | Verbali redatti con contravvenzioni | 504 | 544 | 420 |
| VALUTAZIONI E AUTORIZZAZIONI | Autorizzazioni in deroga ex art. 63 e 65 del D.Lgs. 81/08 (compresi gli alloggi per stagionali) | 25 | 15 | 12 |
| | Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto | 1.516 | 1.773 | 1.611 |
| ATTIVITÀ SANITARIE | Visite mediche | 328 | 322 | 269 |
| | Ascolto sullo stress lavoro-correlato | 106 | 101 | 100 |
| ASSISTENZA E PROMOZ. DELLA SALUTE | Interventi di informazione e formazione | 25 | 20 | 19 |
| | Produzione e/o diffusione di materiali*** | | 179 | 41 |
| * Nel totale sono considerati anche quelli fatti per il monitoraggio cantieri (387 nel 2021) | | | | |
| ** nel 2021 296 aziende non sono state oggetto di sopralluogo ma la verifica è avvenuta con valutazione documentale, come da indicazioni della Regione Veneto | | | | |
| *** presenti sul sito web https://spisal.aulss9.veneto.it | | | | |

Medicina Legale

Tabella 26 Attività della Medicina Legale

| | | Indicatori di produzione | 2022 | 2021 | 2020 |
|---|-----------------------------------|---------------------------|-------|-------|-------|
| SERVIZIO MEDICINA LEGALE | Certificazioni medico legali | n. certificati rilasciati | 521 | 872* | 1280* |
| | Valutazioni sinistri | n. relazioni effettuate | 42 | 58 | 32 |
| | Visite medico collegiali** | n. persone visitate | 67 | 69 | 84 |
| | Commissione Medica Locale Patenti | n. pratiche istruite | 10010 | 10529 | 9088 |
| | Legge 210/92 | Pratiche istruite | 5 | 2 | 6 |
| | Vigilanza | n. interventi | 28 | 30 | 27 |
| | Visite necroscopiche | n. accertamenti | 94 | 126 | 127 |
| * dato incrementato dal rilascio delle certificazioni per i lavoratori "fragili" ex art. 26 D.L. 18/03/2020 e smi | | | | | |

** il decremento evidente dal 2021 è da attribuirsi al passaggio di competenza delle visite collegiali ex art. 5 L. 300/70 alla UOC SPISAL come da atto aziendale

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Tabella 27 Attività SIAN

| | | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 |
|---|---|----------------------|--------------------|----------------------|-------|
| Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione - SIAN | Nr. controlli ufficiali (alimenti, bevande -matrici di origine vegetale; fitosanitari); | 2.201 | 1.748 | 2.322 | 2.616 |
| | Nr. campioni - acque destinate al consumo umano anche da fonti private | 2495 [^] | 2.553 | 1.230 ^{***} | 1.495 |
| | Nr. di campioni su alimenti e bevande (matrici di origine vegetale) e formulati | 474 ^{^^} | 396 | 349 | 384 |
| | Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica | 242 ^{^^^} | 195 §§§ | 371 | 546 |
| | Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle scuole | 1275 ^{^^^^} | 173 §§§§ | sospese nel 2020 | 140 |
| | Registrazioni, Riconoscimenti, autorizzazioni sanitarie | 4786 ^{^^^^} | 4.928 | 4.604 | 5.886 |
| | Allerte gestite | 232 (n.289 CU) | n. 333 (n. 448 CU) | n.201 (n.302 CU) | 172 |
| | Certificazioni e attestazioni ufficiali per l'Eexport | 1.411 | 1.278 | 1079 | 1053 |
| Nr. segnalazioni di sospette Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA) gestite | 66 ^{^^^^^^} | 37 | 16 | 28 | |

[^] n.2350 campioni rete acquedottistica + 79 campioni per giudizi d'idoneità d'uso (nuovi pozzi) + n.36 campioni per radioattività in rete acquedottistica + n. 14 campioni per radioattività in pozzi OSA+ n.16 campioni per monitoraggio ambientale;

^{^^} n. 471 campioni su alimenti e bevande + 4 campioni formulati;

^{^^^} n. 139 standard + 103 diete speciali;

^{^^^^} di cui n.11 riconoscimenti (art. 6 Reg 852/04) + N. 27 autorizzazioni sanitarie deposito e vendita fitosanitari (DPR 290/01);

^{^^^^^^} n. 66 (con 187 interviste).

Tabella 28 Servizio Veterinario Sanità Animale (Vet A)

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|-------------------------------------|---|---------|--------|--------|
| Servizio Veterinario Sanità Animale | Richieste di intervento da parte degli utenti | 4.092 | 6.981 | 4.065 |
| | Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia | 9.107 | 5.487 | 4.225 |
| | Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte/ovicaprina * | 335 | 398 | 328 |
| | Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie** | 137.289 | 48.964 | 19.923 |
| | controlli in allevamento per per anagrafi zootecniche bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina, apistica e avicola | 128 | 144 | 205 |

* aziende di bovine e oviceprine sottoposte a controllo per Tuberolosi, Leucosi, Brucellosi (dati 2022 in fase di consolidamento)

** Epidemia da HPAI 179 focolai in allevamenti del territorio provinciale, controlli a tappeto su tutti gli allevamenti il computo si riferisce alla somma dei controlli per piano dimonitoraggio Nazionale e Emergenza da 10/2021 a tutt'ora (20/01/22)

Tabella 29 Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale (Vet B)

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|---|---|-------------|-------------|-------------|
| Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale | Ispezioni per benessere al macello | 39 | 41 | 40 |
| | N. di controlli ante e post mortem su animali macellati | 108.946.295 | 123.329.293 | 123.064.097 |
| | N. di UGBE (unità giovani bovini equivalenti) relative | 715.197 | 774.290 | 777.298 |
| | Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio | 329 | 511 | 566 |
| | Riconoscimenti, registrazioni, pareri | 153 | 108 | 110 |
| | Certificazioni export | 3.954 | 3.307 | 16.801 |

Tabella 30 Servizi Veterinari C e D

| | | 2022 | 2021 | 2020 |
|---|---|------|--------|--------|
| Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti delle produz. Zootecniche* | Accertamenti e pareri in favore di privati e di pubbliche amministrazioni | | 6.765 | 6.225 |
| | Sopralluoghi e pareri su riproduzione animale | | 70 | 60 |
| | Controllo sul benessere animali da reddito | | 1.600 | 1.675 |
| | Controllo su deposito, vendita, utilizzo del farmaco veterinario | | 447 | 447 |
| | Sorveglianza sui sottoprodotti di origine animale | | 1.420 | 1.504 |
| | Sorveglianza sulla alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi | | 220 | 224 |
| | Controllo igienico-sanitario produzione latte | | 30 | 30 |
| Servizio Veterinario Igiene Urbana Animale** | Lotta al randagismo e controllo benessere animale per gli animali d'affezione | | 11.100 | 11.425 |
| | Controllo popolazioni sinantropiche, controllo animali morsi e aggressioni | | 1.005 | 978 |
| | Soccorso animali incidentati su strada, attività di coordinamento ed eventi formativi | | 89 | 134 |
| *UOC Servizio Veterinario Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche è stata attivata con nuovo Atto Aziendale e le attività della suddetta UOC sono state scorporate dall'esistente Servizio Veterinario area A/C al quale erano riconducibili tutte le attività. | | | | |
| ** UOC Servizio Veterinario Igiene Urbana Ambientale è stata attivata da marzo 2018 a seguito nuovo Atto Aziendale | | | | |

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Allegato 2 “Documento delle Direttive
anno 2023”**

Indice

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUZIONE | 3 |
| 2 IL PROCESSO DI BUDGET | 3 |
| 2.1 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE | 4 |
| 2.2 Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate | 5 |
| 2.3 IL PIANO DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ | 5 |
| 2.4 Sottoscrizione delle Schede Budget | 8 |
| 2.5 Valutazione della performance Organizzativa | 9 |
| 2.6 Valutazione della performance individuale | 10 |
| 2.6.1 Valutazione del personale Dirigenziale | 11 |
| 2.6.2 Valutazione del personale del Comparto | 13 |
| 2.7 TIMING DEL PROCESSO | 13 |
| 3 DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI AZIENDALI | 15 |
| 3.1 OBIETTIVI DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE | 15 |
| 3.1.1 Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale | 16 |
| 3.1.2 Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale | 20 |
| 3.1.3 Obiettivi e piani per il miglioramento | 21 |
| 3.2 Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore | 22 |
| 3.2.1 Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali | 22 |
| 3.2.2 Effettuazione delle attività di Screening | 22 |
| 3.2.3 Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali | 23 |
| 3.2.4 Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR) | 23 |
| 3.2.5 Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard | 25 |
| 3.2.6 Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva | 25 |
| 3.2.7 Rispetto del livello di costosità programmata regionale | 27 |
| 3.2.8 Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSER | 27 |
| 3.2.9 Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero | 28 |
| 3.2.10 Attuazione del PNRR | 29 |
| 3.2.11 Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza | 31 |
| 3.3 Le Aree Strategiche | 32 |
| 3.4 DOCUMENTO DELLE DIRETTIVE 2023 | 32 |

1 Introduzione

In aderenza ai contenuti e alle scelte del PIAO, l'Azienda ha elaborato il Documento di Direttive per l'anno 2023 il quale costituisce il punto di partenza del processo di budget per l'anno in corso e rappresenta, ai sensi della L.R. 55/1994, lo strumento di raccordo tra i documenti di pianificazione pluriennale e il sistema di budget, in aderenza alle scelte e ai contenuti dei piani, programmi e progetti adottati.

Il presente documento ha la funzione di realizzare il raccordo sistematico tra gli strumenti della programmazione regionale, il PIAO ed il budget aziendale, in aderenza ai contenuti ed alle scelte di pianificazione e programmazione adottate dall'azienda.

Si tratta, quindi, di uno strumento tecnico attraverso il quale le linee di indirizzo vengono declinate in obiettivi precisi, riconducibili ad azioni specifiche, dando unità ai propositi di gestione dell'Azienda ULSS 9 nel rispetto delle politiche gestionali e delle attività istituzionali delle singole UU.OO.

Le direttive indicate nel presente documento, sono distribuite ai Direttori delle strutture tecnico funzionali (Direttore della Funzione Ospedaliera, Direttore della Funzione Territoriale e Direttore del Dipartimento di Prevenzione) ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di UOC, ai responsabili di UOSD e dovranno essere, a cascata, portate a conoscenza di tutto il personale. Il documento viene pubblicato nell'intranet aziendale ed è pertanto a disposizione di tutti i dipendenti.

Come specificato dalla legge regionale, il Documento di Direttive indica obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget. Il documento si compone quindi delle seguenti parti:

- il processo di budget, dall'assegnazione alla valutazione
- il raccordo con la pianificazione pluriennale;
- il raccordo tra la programmazione economica e gli obiettivi aziendali e di budget;
- gli obiettivi aziendali per l'anno in corso;
- i Centri di Responsabilità per l'anno in corso.

2 Il processo di budget

2.1 Misurazione e valutazione della performance

Il sistema di misurazione e valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance.

| | |
|---|---|
| Obiettivo | L'obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l'obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l'abilità e le competenze del personale nonché l'adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l'utilizzo di indicatori. |
| Indicatore | L'indicatore è lo strumento che rende possibile l'acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell'obiettivo. L'indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali: <ul style="list-style-type: none"> - comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto); - confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard); - fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all'arco temporale di riferimento); - affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno); - oggettività ed attribuibilità. Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possedano tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione. |
| Infrastruttura di supporto | Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità. È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative. |
| Processo | Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono: <ul style="list-style-type: none"> - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; - collegamento tra gli obiettivi e l'allocatione delle risorse; - monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; - misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale; - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; - rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi. |
| Gli strumenti di programmazione e valutazione | Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto: <ul style="list-style-type: none"> - il Piano triennale delle Performance ed il Documento delle direttive per l'anno di riferimento; - Metodologia aziendale del processo di budget; - sistema di misurazione e valutazione individuale; - la Relazione annuale sulla Performance. |
| Pubblicità | Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti: <ul style="list-style-type: none"> - il Piano della performance – Documento delle Direttive; - la Relazione sulla performance; - tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; - i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti. |

2.2 Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate

La fase di programmazione è di competenza della **Direzione Strategica** (DG, DA, DS e DSS) che attraverso il PIAO:

- definisce gli indirizzi e gli obiettivi aziendali;
- individua i principali progetti di interesse aziendale, in particolar modo quelli caratterizzati da forte trasversalità;
- fornisce indicazioni relativamente alla metodologia del processo di budget, alla struttura organizzativa e al sistema informativo contabile ad esso allegato.

L'atto aziendale prevede che la realizzazione degli obiettivi da parte dei singoli centri di responsabilità costituisca oggetto di valutazione per i dirigenti. Le Unità Operative che negoziano il budget sono quelle incaricate di gestire le risorse assegnate, ovvero le **Unità Operative Complesse**, cui affiancare le **Unità Operative Semplici Dipartimentali** e le **Unità Operative Semplici in staff** alle Direzioni strategiche.

Alla luce di quanto previsto dall'atto aziendale sono previsti **dipartimenti intraziendali**, strutturali e funzionali, che comprendono unità operative appartenenti a più ospedali, e che afferiscono ciascuno ad uno dei tre direttori medici ospedalieri. Per tali dipartimenti "transmurali" il nuovo regolamento dei Dipartimenti, prevede che vi sia un momento di discussione collettiva degli obiettivi, estesa a tutti i componenti del **Comitato di Dipartimento** così come individuati dal regolamento.

L'**UOC Controllo di Gestione** svolge una funzione di supporto per l'intero processo, partecipa agli incontri e collabora alla formalizzazione degli obiettivi specifici.

La negoziazione e sottoscrizione finale del budget si svolge tra:

- il **Direttore di Area Strategica (DG, DA, DS o DSS)** o quale suo delegato:
 - il **Direttore di Funzione Ospedaliera**
 - il **Direttore di Funzione Territoriale**
- il **Direttore della Direzione Medica Ospedaliera**
- il **Direttore di Dipartimento di Prevenzione**
- il **Direttore di Distretto**
- il **Direttore di Dipartimento**
- il **Direttore della Unità Operativa.**

Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.

2.3 Il piano dei Centri di responsabilità

Per l'Anno 2022 negoziano il Budget 133 centri di responsabilità.

Le strutture incaricate di negoziare le schede budget sono:

- **Direttore Generale** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (6 UO);
- **Direttore Amministrativo** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo (5 UO); Sottoscrive anche le Schede della DAP, DAO, DAT
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (2 UO), dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 UO) ;
- **Direttore Sanitario** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (4 UO), delle Direzioni Mediche Ospedaliere (3 UO), e del Direttore del Dipartimento della Prevenzione (1 UO); Sottoscrive anche le Schede dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 UO)
- **Direttore del Dipartimento della Prevenzione** (10 UO tra cui UOSD DAP sottoscritto anche dal DA)
- **Direttore della Funzione Ospedaliera** con riferimento a tutte le UU.OO. Ospedaliere (77 UO) di cui:
 - 2 in Staff (tra cui UOC DAO sottoscritto anche dal DA)
 - 23 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO BU-VF (sottoscritte dalla DMO di BU-VF);
 - 25 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO LG (sottoscritte dalla DMO di LG);
 - 27 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO SB (sottoscritte dalla DMO di SB);

- **Direttore della Funzione Territoriale** con riferimento a tutte le UU.OO. afferenti ai Distretti (14 UO tra cui UOC DAT sottoscritto anche dal DA) e al Dipartimento delle Dipendenze (4 UO).
- Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (4 UO)

I centri di responsabilità sono i seguenti:

| |
|---|
| DIREZIONE GENERALE |
| Staff |
| Controllo di Gestione (UOC) |
| Formazione (UOS) |
| Internal Auditing (UOC) |
| Servizio di Prevenzione e Protezione (UOS) |
| Trasparenza Anticorruzione e Servizi Ispettivi (UOS) e Ufficio Innovazione e Sviluppo organizzativo Unica Scheda) |
| UOS URP Comunicazione e Marketing |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA |
| Dipartimento Amministrativo |
| Affari Generali (UOC) |
| Contabilità e Bilancio (UOC) |
| Provveditorato Economato e Gestione della Logistica (UOC) |
| Risorse Umane (UOC) |
| Servizi Tecnici e Patrimoniali (UOC) |
| DIREZIONE SANITARIA |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| Servizio Veterinario di Sanità Animale (UOC) <i>(attuale Direttore del Dipartimento di Prevenzione)</i> |
| DMO |
| Direzione Medica Ospedaliera (UOC) |
| Direzione Medica Ospedaliera Legnago (UOC) <i>(attuale Direttore della Funzione Territoriale)</i> |
| Direzione Medica Ospedaliera San Bonifacio (UOC) |
| Staff |
| Direzione Professioni Sanitarie (UOC) |
| Nucleo Aziendale di Controllo (UOS) |
| Osservatorio Infettivologo Aziendale (UOS) |
| Risk Management (UOS) |
| Direttore Dipartimento di Prevenzione |
| DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE |
| Direzione Amministrativa Dipartimento di Prevenzione (UOSD) |
| Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale e dei loro derivati (UOC) |
| Servizio Attività Motoria (UOSD) |
| Servizio di Epidemiologia, MCNT, Screening e Promozione Salute (UOSD) |
| Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione SIAN (UOC) |
| Servizio di Igiene e Sanità Pubblica SISP (UOC) |
| Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro SPISAL (UOC) |
| Servizio Medicina Legale (UOC) |
| Servizio Veterinario degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (UOC) |
| Servizio Veterinario di Igiene Urbana Animale (UOC) |
| DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIALI |
| DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE |
| Alcologia e Dipendenze (UOSD) |
| Dipendenze Bussolengo e Legnago (UOC) |
| Dipendenze Verona (UOC) |
| Gioco d'Azzardo Patologico (UOSD) |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE |
| Psichiatria 1 (UOC) <i>(attuale Direttore del Dipartimento di Salute Mentale)</i> |
| Staff |
| Cerris (UOSD) |
| Sociale (UOC) |
| Direttori Distretto |
| Distretto 1 (UOC) <i>(attuale Direttore della Funzione Territoriale)</i> |
| Distretto 2 (UOC) |
| Distretto 3 (UOC) |
| Distretto 4 (UOC) |
| Direttore Dipartimento Salute Mentale |
| DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE |
| Gestione Percorsi Riabilitativi e Integrazione con le Aree Distrettuali (UOSD) |
| Psichiatria 2 (UOC) |
| Psichiatria 3 (UOC) |
| Rems (UOC) |

| |
|--|
| DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE |
| Distretto 1 Verona Città |
| Cure Primarie (UOC) |
| Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC) |
| Salute in Carcere (UOC) |
| Distretto 2 Est Veronese |
| Disabilità e non Autosufficienza (UOC) |
| Distretto 3 Pianura Veronese |
| Cure Primarie (UOC) |
| Disabilità e non Autosufficienza (UOC) |
| Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC) |
| Distretto 4 Ovest Veronese |
| Cure Palliative (UOC) |
| Cure Primarie (UOC) |
| Disabilità e non Autosufficienza (UOC) |
| Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori (UOC) |
| Staff |
| Assistenza Farmaceutica Territoriale (UOC) |
| Attività Specialistica (UOS) |
| Direzione Amministrativa Territoriale (UOC) |
| DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA |
| Staff |
| Direzione Amministrativa di Ospedale (UOC) |
| Integrazione Percorsi Ospedalieri (UOSD) |
| DMO BUSSOLENGO/VILLAFRANCA/MALCESINE |
| Dipartimento Chirurgico |
| Attività Ortopedica Bussolengo (UOSD) |
| Chirurgia Generale (UOC) |
| Oculistica (UOSD) |
| Ortopedia (UOC) |
| Otorinolaringoiatria (UOC) |
| Urologia (UOC) |
| Dipartimento Internistico |
| Cardiologia (UOC) |
| Gastroenterologia (UOSD) |
| Geriatria (UOC) |
| Medicina Generale Villafranca/Bussolengo (UOC) |
| Nefrologia e Dialisi (UOSD) |
| Neurologia (UOC) |
| Pneumologia (UOC) |
| DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI |
| Breast Unit Centro di Senologia Multidisciplinare Marzana (UOSD) |
| Radiologia Legnago (UOC) |
| Radiologia San Bonifacio (UOC) |
| Radiologia Villafranca (UOC) |
| DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE MATERNO INFANTILE |
| Ostetricia e Ginecologia Legnago (UOC) |
| Ostetricia e Ginecologia San Bonifacio (UOC) |
| Ostetricia e Ginecologia Villafranca (UOC) |
| Pediatria Legnago (UOC) |
| Pediatria San Bonifacio (UOC) |
| Pediatria Villafranca (UOC) |
| DMO LEGNAGO/BOVOLONE |
| Dipartimento Chirurgico |
| Chirurgia Generale (UOC) |
| Chirurgia Senologica (UOSD) |
| Chirurgia Vascolare (UOSD) |
| Oculistica (UOC) |
| Odontostomatologia (UOSD) |
| ORL (UOC) |
| Ortopedia Centro Trauma per AULSS9 (UOC) |
| Urologia (UOC) |
| Dipartimento Internistico |
| Cardiologia (UOC) |
| Gastroenterologia (UOC) |
| Geriatria (UOC) |
| Malattie infettive (UOSD) |
| Medicina Generale (UOC) |
| Nefrologia e Dialisi (UOC) |

Neurologia (UOC)

Pneumologia (UOC)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DI ONCOLOGIA CLINICA

Oncologia Legnago (UOC)

Oncologia San Bonifacio (UOSD)

Oncologia Villafranca (UOSD)

Radioterapia (UOC)

DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Recupero e Riabilitazione Funzionale Bovolone (UOC)

Recupero e Riabilitazione Funzionale Bussolengo (UOC)

Recupero e Riabilitazione Funzionale Malcesine (UOC)

Recupero e Riabilitazione Marzana (UOC)

Riabilitazione Territoriale (UOSD)

DMO SAN BONIFACIO/MARZANA

Dipartimento Chirurgico

Chirurgia Generale (UOC)

Chirurgia Senologica AULSS9 (UOSD)

ORL (UOSD)

Ortopedia (UOC)

Urologia (UOC)

Dipartimento Internistico

Cardiologia (UOC)

Gastroenterologia (UOC)

Geriatria (UOC)

Medicina Generale (UOC)

Nefrologia e Dialisi (UOC)

Neurologia (UOSD)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE DEI SERVIZI

Anatomia Patologica Legnago (UOSD)

Anatomia Patologica San Bonifacio (UOC)

Farmacia Legnago (UOC)

Farmacia San Bonifacio (UOSD)

Farmacia Villafranca (UOC)

Laboratorio Analisi Bussolengo (UOSD)

Laboratorio Analisi Legnago (UOC)

Laboratorio Analisi San Bonifacio (UOSD)

Medicina Trasmurale Villafranca (UOC)

Microbiologia Legnago (UOSD)

DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA

Anestesia Rianimazione Legnago (UOC)

Anestesia Rianimazione San Bonifacio (UOC)

Anestesia Rianimazione Villafranca (UOC)

Pronto Soccorso Legnago (UOC)

Pronto Soccorso San Bonifacio (UOC)

Pronto Soccorso Villafranca (UOC)

2.4 Sottoscrizione delle Schede Budget

L'adozione del Documento delle Direttive rappresenta il momento di avvio del processo di budget per l'anno in corso, pertanto, viene inviato a tutti i Direttori/ Responsabili di Centri di Responsabilità dell'Azienda.

L'"attività di budgeting", attraverso la fase di negoziazione, porta all'assegnazione degli obiettivi alle diverse Unità Operative e rappresenta la base per la costruzione del sistema premiante sia del personale dirigente che del comparto. Al fine di responsabilizzare tutti gli operatori sul piano dei risultati, dell'efficienza e dell'efficacia dei comportamenti adottati, viene prevista la possibilità di una pesatura differenziata per il medesimo obiettivo tra dirigenza e comparto.

Per garantire la continuità nella programmazione aziendale nel 2022 è stata mantenuta la possibilità di discutere e sottoscrivere schede budget che prevedevano obiettivi e risultati attesi relativi a una programmazione a 18 mesi suscettibile di revisione in corso d'anno. Questa modalità introdotta nel 2020-2021, in via sperimentale, per consentire la gestione del ciclo di budget anche durante l'emergenza Covid ha permesso di discutere e sottoscrivere un buon numero di schede di budget con obiettivi riferiti all'anno 2023 che saranno parzialmente rivisti e integrati a recepimento della DGR 709 del 14/06/2022 (vademecum inviato il 15/07/2022).

Le intese di budget sono riportate in una scheda che viene:

- sottoscritta congiuntamente dai soggetti di cui al precedente paragrafo (SCHEDE DI BUDGET FIRMATA);
- rivista / modificata in corso d'anno per eventuale rinegoziazione (SCHEDE DI BUDGET RINEGOZIATA);
- integrata a consuntivo con i risultati raggiunti e la percentuale di raggiungimento finale (SCHEDE DI BUDGET VALUTAZIONE FINALE)

La scheda di Budget riporta:

- gli obiettivi da perseguire con il riferimento agli obiettivi operativi del Documento di Direttive;
- azioni ed indicatori di verifica, con evidenziato il livello da raggiungere in relazione all'arco temporale di riferimento e il valore consuntivo relativo all'anno precedente;
- il peso dei singoli obiettivi differenziato per il personale dirigente e per il personale del comparto.

La fase di negoziazione si conclude con il recepimento delle schede budget sottoscritte ed è compito del Controllo di Gestione archiviare le schede firmate dai Direttori di Struttura.

Il raggiungimento degli obiettivi di budget è l'oggetto della valutazione della Performance Organizzativa. La percentuale di raggiungimento degli obiettivi della performance organizzativa determina la percentuale liquidabile delle risorse totali a disposizione dell'Unità Operativa e di conseguenza influenzano la valorizzazione della quota individuale.

I responsabili dei CDR, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, si impegnano a:

- comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- formalizzare gli obiettivi individuali attraverso l'apposita scheda che sarà utilizzata per la valutazione.

Delle attività sopraindicate deve essere data specifica evidenza dal responsabile di struttura il quale deve altresì curare che tutte le schede di valutazione siano debitamente sottoscritte dai valutati.

Gli obiettivi assegnati alle UOS sono inclusi nella scheda budget sottoscritta dal Direttore di UOC da cui dipendono.

Ciascun responsabile è coadiuvato da propri collaboratori professionali.

2.5 Valutazione della performance Organizzativa

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- Monitoraggio degli obiettivi di costo e di attività per le UU.OO
- Verifiche infra-annuali dello stato di avanzamento degli obiettivi
- Rinegoziazione degli obiettivi
- Monitoraggio finale con verifica del raggiungimento

L'azienda è dotata di un sistema informatico di datawarehouse che permette l'accesso alla reportistica via web da parte dei responsabili. I report espongono in modo sintetico l'andamento dei principali fenomeni rilevati dal sistema informativo, ed in particolar modo riportano gli indicatori, le soglie ed i pesi per ciascuna scheda budget sottoscritta, permettendo costantemente di verificare l'andamento degli indicatori di attività, costo e qualità negoziati.

Attualmente il sistema include tutte le schede di budget delle Unità Operative ospedaliere.

Il sistema di monitoraggio e verifica per gli obiettivi non numerici, che non sono strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, sono oggetto di specifiche richieste di relazione sugli stati di avanzamento o sul livello di raggiungimento degli obiettivi di budget.

Nel caso in cui emergano rilevanti scostamenti nei valori registrati rispetto al valore atteso è cura dell'U.O.C. Controllo di Gestione organizzare un incontro con i Direttori di riferimento e i Direttori di Struttura per valutare motivazioni ed eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, valutando la necessità di una revisione degli accordi.

La fase di rinegoziazione ha luogo indicativamente nei mesi di settembre-ottobre alla luce dei dati consolidati del primo semestre dell'anno. In questa fase i responsabili che ritengono giustificabile una modifica delle soglie di raggiungimento ne fanno richiesta alla Direzione dell'Azienda che valuta se accettare la rinegoziazione.

La rinegoziazione si rende comunque necessaria e promossa dalla Direzione per tramite del Controllo di Gestione, nei momenti in cui la Regione emana aggiornamenti negli obiettivi assegnati o nelle soglie di soddisfazione.

Il monitoraggio finale è avviato dalla Direzione dell'Azienda con la richiesta ad ogni responsabile di rendicontare sul raggiungimento dei propri obiettivi. L'U.O.C. Controllo di Gestione predispone quindi le verifiche sulla base delle risultanze derivanti dall'elaborazione dei dati di attività, costo e dei flussi informativi aziendali e supporta i valutatori e l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza.

Il punteggio (espresso in raggiungimento percentuale) assegnato con la valutazione della scheda consuntiva, rappresenta la % di raggiungimento della performance organizzativa, rilevante ai fini dell'erogazione dei premi di risultato.

2.6 Valutazione della performance individuale

Il sistema di valutazione della performance individuale è correlato al presente Piano mediante la valutazione del raggiungimento degli obiettivi per singola Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come scheda di budget.

La valutazione della performance individuale, in particolare, è finalizzata alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate.

L'Azienda ha strutturato due distinti sistemi di valutazione permanente del personale, uno per quanto concerne la dirigenza e l'altro per quanto attiene il personale di comparto. Entrambi i sistemi sono frutto di negoziazione con le rappresentanze sindacali e contenuti in altrettanti Contratti Integrativi Aziendali:

- **DDG 100 del 2 febbraio 2018** "Approvazione accordo decentrato in materia di "sistema di misurazione e valutazione della Performance" - personale dell'area del comparto" e **DDG 409 del 22 aprile 2022** "Presenza d'atto della modifica al regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance (del. n. 100 del 22.02.2018) - modifica tabella punteggi art. 2 lett. b e conseguenti adempimenti."
- **DDG 638 del 4 ottobre 2018** "Approvazione accordi decentrati "sistema di misurazione e valutazione della performance – area dirigenziale dei ruoli SPTA" e - "regolamento per l'attribuzione di risultato dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa", per l'azienda ULSS 9 scaligera"

- **DDG 758 del 7 ottobre 2021** "Approvazione regolamento "sistema di misurazione e valutazione della performance attribuzione della retribuzione di risultato - graduazione degli incarichi dirigenziali - valutazione dei dirigenti al termine dell'incarico, ai fini dell'indennità di esclusività e dei dirigenti neoassunti al termine del primo quinquennio". personale area dirigenza sanità."

Le quote di retribuzione di risultato (dirigenti) ed i premi correlati alla performance organizzativa e individuale (comparto) erogate individualmente ai dipendenti di ogni Unità Operativa sono proporzionate alla valutazione della performance organizzativa secondo la seguente tabella:

Tabella 1 - Raccordo tra performance organizzativa e quota erogabile

| % Raggiungimento obiettivi di budget | % liquidabile alla Dirigenza Sanità | % liquidabile alla Dirigenza dei ruoli SPTA | % liquidabile al Comparto |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------|
| 100% - 85% | 100% | 100% | 100% |
| 84% - 80% | 80% | 80% | 100% |
| 79% - 70% | 80% | 80% | 80% |
| 69% - 60% | 60% | 60% | 80% |
| 59% - 50% | 0% | 0% | 60% |
| Inferiore al 50% | 0% | 0% | 0% |

2.6.1 Valutazione del personale Dirigenziale

La valutazione delle prestazioni e dei comportamenti del personale con qualifica dirigenziale prevede un sistema di verifica con cadenza:

- annuale, per tutti i dirigenti che attiene i risultati ottenuti in base agli obiettivi di attività correlati all'incarico assegnato;
- alla scadenza dell'incarico per tutti i dirigenti relativa all'ambito delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti.

A questi momenti, comuni per tutti i dirigenti, se ne prevede uno ulteriore per i dirigenti del ruolo sanitario e finalizzata alla retribuzione di esclusività e all'inserimento nelle fasce economiche contrattualmente individuate.

Il sistema di verifica dei dirigenti risponde a criteri di trasparenza, di adeguata informazione e partecipazione del valutato e alla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore (in prima istanza).

La verifica si basa su vari oggetti di valutazione, a ciascuno dei quali corrisponde un dato coefficiente numerico.

L'esito positivo delle verifiche alla scadenza dell'incarico costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo; l'esito negativo comporta la perdita della retribuzione di risultato per i Dirigenti di Struttura Complessa e per quelli di Struttura Semplice; la revoca dell'incarico o dell'affidamento per gli altri.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale adottato con DDG 843 del 28 dicembre 2018 e DDG 638 del 04/10/2018 , 446 del 25/07/2019 e DDG 758 del 07/10/2021.

La scheda di valutazione per i direttori di dipartimento, di UOC, ed i responsabili di UOSD per la Dirigenza Sanitaria e anche UOS per la dirigenza PTA prevede un giudizio su 8 item, per i dirigenti con incarichi professionali (e anche di UOS per l'area Sanitaria) , 7 item, su una scala da 1 a 5.

Tabella 2 - Valutazione numerica Item della scheda

| Direttori di UOC e Responsabili di UOSD e UOS (solo area PTA) | Insufficiente | Appena sufficiente | Sufficiente | Buono | Molto Buono |
|---|---------------|--------------------|-------------|-------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Altri dirigenti e Incarichi (e UOS solo per area Sanitaria) | Insufficiente | Appena sufficiente | Sufficiente | Buono | Molto Buono |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 7 (8 per Direttori di UOC e UOSD) a un massimo di 35 punti (40 per Direttori di UOC e UOSD)

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota della retribuzione di risultato individuale da erogarsi è così determinata:

Tabella 3 - Quota della retribuzione di risultato erogata Dirigenza

| Quota erogata | Punteggio Direttori di UOC e Responsabili di UOSD/UOS (su 8 fattori) | Punteggio Incarichi UOS e altri dirigenti (su 7 fattori) |
|---------------|--|--|
| 0,00% | Da 8 a 15 | Da 7 a 13 |
| 50,00% | Da 16 a 23 | Da 14 a 20 |
| 75,00% | Da 24 a 30 | Da 21 a 26 |
| 100,00% | Da 31 a 40 | Da 27 a 35 |

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget.

La valutazione individuale finale, effettuata sempre entro il primo semestre, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione che potrà essere richiesto dal dipendente. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire eventuali commenti. In caso di conflitto sugli esiti della valutazione, è prevista la possibilità di attivare una procedura di risoluzione delle controversie.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione alla Performance da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

2.6.2 Valutazione del personale del Comparto

La Valutazione del personale del comparto è intesa come un processo attraverso il quale i Direttori di Servizio:

- identificano ogni anno, sulla base del Piano Triennale di valutazione degli obiettivi, del documento di direttive, gli obiettivi del personale della propria Unità Operativa;
- definiscono le responsabilità in termini di risultati attesi ed usano i parametri previsti nelle schede di valutazione per calibrare il contributo di ogni collaboratore.

La descrizione analitica delle specifiche schede di valutazione viene definita all'interno del contratto integrativo aziendale.

La scheda di valorizzazione del comparto prevede la valutazione numerica dei giudizi per 7 item su una scala da 5 a 10.

Tabella 4 - Valutazione numerica item della scheda

| VALUTAZIONE DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI | insufficiente | Sufficiente | Discreto | Buono | Distinto | Ottimo |
|--|---------------|-------------|----------|-------|----------|--------|
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

La valutazione quindi assume valori che variano da un minimo di 35 a un massimo di 70 punti e le quote di produttività erogate sono collegate a tale risultato.

E' in corso modifica della modalità di attribuzione dei punteggi previsti che sarà proposta alle oo.ss.

La performance è individuata sulla base di quattro fasce/livelli di merito e la quota dei premi correlati alla performance organizzativa e individuale, da erogarsi, è collegata al risultato della valutazione della performance individuale nel seguente modo:

Tabella 5 - Quota della retribuzione di risultato erogata Comparto

| Quota erogata | Punteggio |
|---------------|------------|
| 0,00% | <= a 35 |
| 60,00% | Da 36 a 40 |
| 80,00% | Da 41 a 45 |
| 100,00% | Da 46 a 70 |

La valorizzazione della quota è determinata anche dal livello della performance organizzativa, ovvero dai risultati dell'Unità operativa complessa concordati e sottoscritti come da scheda di budget. I singoli obiettivi possono avere un peso differente da quello della dirigenza nella misurazione della performance organizzativa per il comparto.

La valutazione individuale finale, effettuata entro il primo semestre dell'anno successivo a quello cui la valutazione si riferisce, è comunicata dal valutatore al valutato e discussa nel colloquio di valutazione. Nel colloquio di valutazione vengono illustrati tutti gli aspetti della valutazione, chiariti gli eventuali dubbi e concordati gli eventuali percorsi di miglioramento che dovranno essere intrapresi nel successivo periodo. Al termine del colloquio di valutazione si procede alla sottoscrizione della scheda di valutazione, fatta salva la possibilità per il valutato di inserire nella medesima scheda eventuali commenti o feedback.

Il valutato, in caso di conflitto sugli esiti della valutazione, può attivare la procedura di risoluzione delle controversie in materia di valutazione.

La corresponsione dell'incentivazione alla produttività e della retribuzione di risultato è subordinata alla validazione della Relazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

2.7 Timing del processo

La sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (ultime 2022/2023) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l'anno solare. Per tale motivo si propone di proseguire con tale modalità, ed anche in occasione della rinegoziazione prevista dal mese di ottobre, procedere con la proposta di negoziazione e sottoscrizione di una scheda estesa al 2024.

Tabella 6 - Fasi/Attività del ciclo della Performance come da DGRV n.140/2016

| Fase/Attività | Scadenza |
|---|---|
| Definizione BEP (anno 2023) | dicembre |
| Definizione Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) (anno 2023-2025) | gennaio |
| Aggiornamento Documento delle Direttive (anno 2023) | gennaio |
| Negoziatore/Rinegoziatore Budget (anno 2023) | febbraio-aprile |
| Delibera approvazione schede di Budget (anno 2023) | maggio |
| Predisposizione schede di valutazione (anno 2022) | maggio |
| Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget (anno 2022) | giugno |
| Valutazione obiettivi individuali (anno 2022) | giugno |
| Relazione sulla Performance (anno 2022) | giugno |
| Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance (anno 2022) | luglio |
| Erogazione retribuzione di risultato a saldo (anno 2022) | successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV |

I cicli si sovrappongono nel tempo creando momenti di revisione continua della programmazione annuale.

Figura 1 – Diagramma di Gantt, Tempistiche stimate per il ciclo della performance aziendale

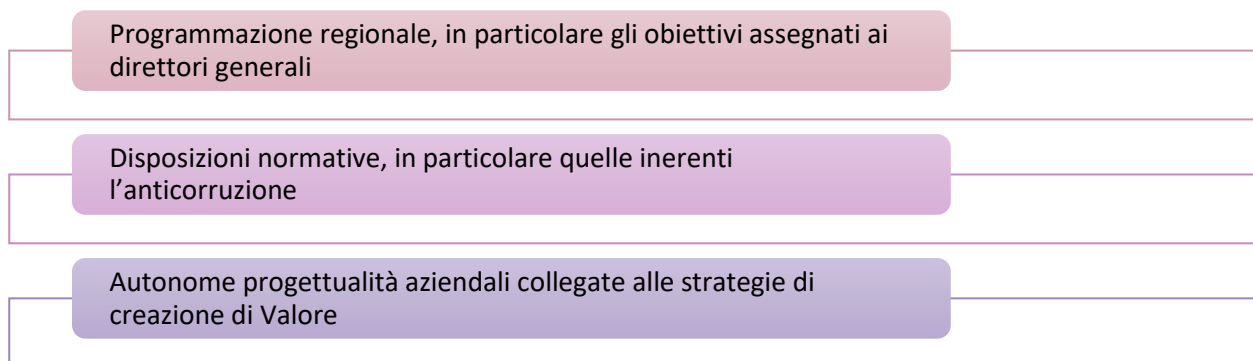


3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi aziendali

L'Azienda opera in un complesso sistema istituzionale, pertanto la programmazione recepisce le prescrizioni e le indicazioni provenienti da più fonti, gli stessi ambiti strategici sono in parte definiti da altri livelli di governo, in primo luogo dalla Regione.

Gli obiettivi che l'azienda persegue derivano da molteplici fonti, la maggior parte delle quali sono al di fuori dell'azienda. Le fonti principali sono gli obiettivi stabiliti annualmente per il Direttore Generale (D.lgs. 171/2016 art.2) suddivisi tra obiettivi di Giunta, del Consiglio (anche la Conferenza dei Sindaci valuta il Direttore, e di conseguenza l'azienda, ma senza predefinire specifici obiettivi) e strettamente legati al Pano Socio Sanitario. L'unitarietà della programmazione aziendale viene garantita dall'integrazione di questi stimoli in un quadro logico che riconduce ciascun obiettivo a linee programmatiche proprie.

Il sistema degli obiettivi aggiornato deriva dall'integrazione di:



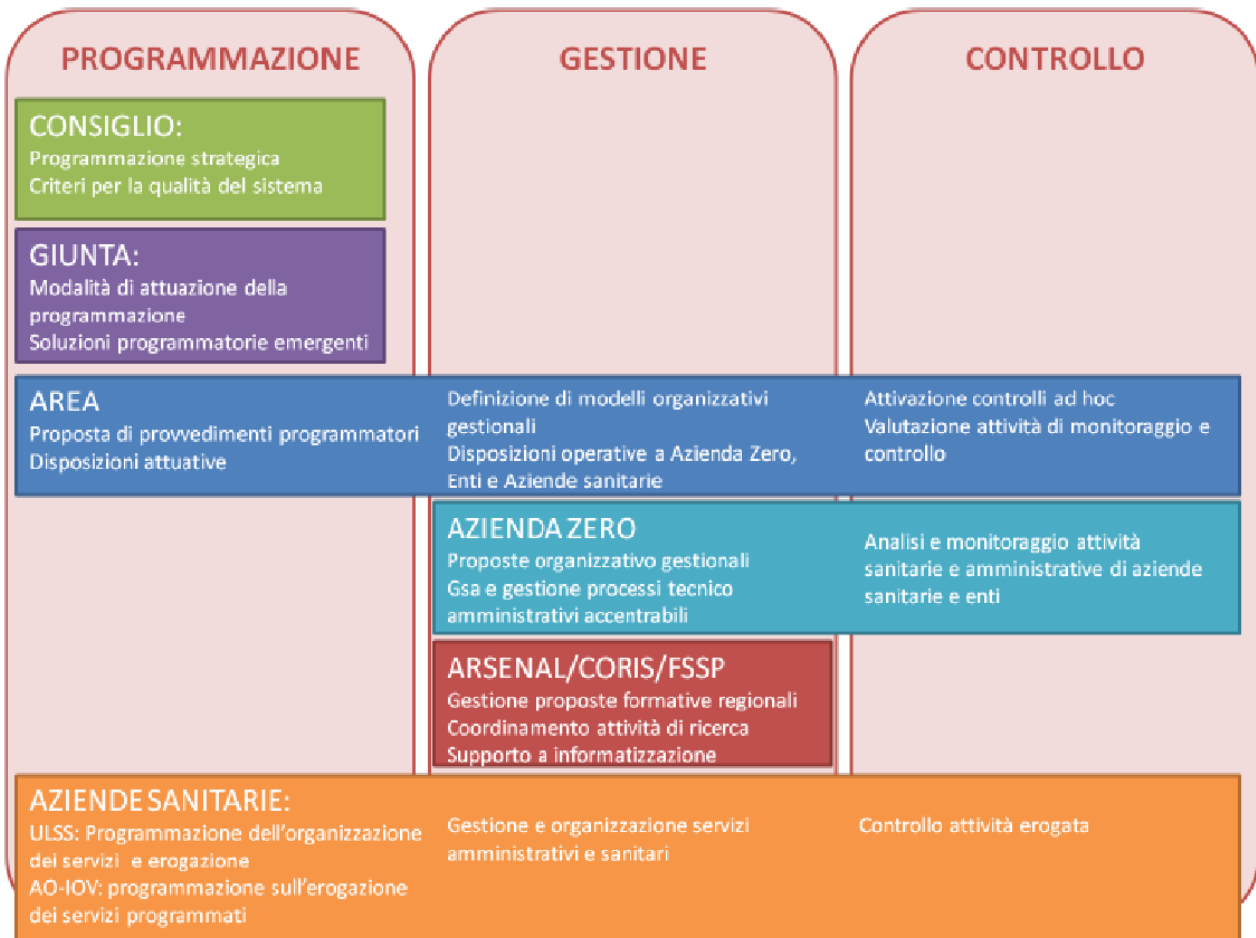
Gli specifici obiettivi, indipendentemente dalla provenienza, sono riportati all'interno delle linee programmatiche aziendali descritte nel Capitolo "Le Aree Strategiche". Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione quando previste, con l'indicazione della Direzione Strategica di riferimento, della struttura eventualmente delegata nella negoziazione dell'obiettivo nelle schede Budget e della Unità Operativa "Capofila".

3.1 Obiettivi da programmazione regionale

Il Piano Socio Sanitario 2019-2023 dedica un capitolo al sistema di valutazione delle performance ed agli obiettivi assegnati ai Direttori generali. Nel Piano si possono identificare le seguenti direttrici di sviluppo del sistema di assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali:

- *l'apertura ancora più significativa, del sistema di assegnazione degli obiettivi e di valutazione della performance agli stimoli esterni, nazionali, internazionali e dei cittadini;*
- *la maggior personalizzazione degli obiettivi integrati tra le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, lo IOV, le ULSS con i loro ospedali, anche utilizzando modelli organizzativi dipartimentali, in modo da attuare una integrazione effettiva tra i servizi territoriali con quelli ospedalieri, tenendo conto del dato di partenza, degli standard nazionali ed internazionali e delle concrete soluzioni perseguibili dalle singole aziende;*
- *la gestione degli obiettivi con tempistiche adeguate ad una funzionale interazione con il Ciclo della performance aziendale."*

Figura 2 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



3.1.1 Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

La Regione Veneto, nel rendere operativi gli obiettivi strategici derivanti dal PSSR, assegna annualmente ai Direttori Generali gli obiettivi con Deliberazione della Giunta Regionale.

L'ultima delibera di assegnazione è relativa all'anno 2023 e gli obiettivi assegnati all'ULSS 9 (con punteggio) sono contenuti nell'Allegato A della DGR 1702/2022 di seguito riportati:

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

- S.1 Miglioramento dei tempi di attesa
 - S.1.D.1 % prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)
 - S.1.D.2 % prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022
 - S.1.D.3 Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo
 - S.1.O.1 % DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici
- S.2 Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera
 - S.2.O.1 Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34
 - S.2.O.2 Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022;
- S.3 Perseguimento PNRR M6
 - S.3.O.1 M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024
 - S.3.D.1 M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023

- S.3.D.2 M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023
- S.3.D.3 M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023
- S.3.S.1 Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
- S.3.S.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP
- S.3.S.3 Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt
- S.4 Avvio Sistema Informativo Ospedaliero
 - S.4.S.1 Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR

A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

- A.1 Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali
 - A.1.P.1 P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
 - A.1.P.2 P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
 - A.1.P.3 P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
 - A.1.P.4 P12Z_Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale
 - A.1.D.1 D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
 - A.1.D.2 D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).
 - A.1.D.3 B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente
 - A.1.O.1 H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
 - A.1.O.2 H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
 - A.1.O.3 Volumi interventi PTCA (std>= 250 interventi annui per struttura di intervento): critico in quanto la registrazione amministrativa non aggrega il dato Sull'Ospedale di Legnago
- A.2 Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
 - A.2.P.1 Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso Prevenzione
 - A.2.D.1 Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso Distretto
 - A.2.O.1 Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso Ospedale

E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari

- E.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
 - E.1.S.1 Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023
 - E.1.S.2 Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023
 - E.1.S.3 Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023
 - E.1.S.4 Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023
 - E.1.S.6 Costi Sperimentazioni cliniche
- E.2 Rispetto dei vincoli di costo del personale
 - E.2.S.1 Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area
 - E.2.S.2 Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017
- E.3 Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi
 - E.3.S.1 Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT
- E.4 Efficientamento dei processi amministrativi
 - E.4.S.1 Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto

- E.4.S.2 Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento
- E.4.S.3 Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023
- E.4.S.4 Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche
- E.4.S.6 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte
- E.4.S.7 Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

- Q.1 Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023
 - Q.1.P.1 Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali
 - Q.1.P.2 Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico
 - Q.1.P.3 Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale
- Q.2 Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target
 - Q.2.P.1 Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)
 - Q.2.P.2 Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)
- Q.3 Estensione del programma di screening per HCV
 - Q.3.P.1 Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti
- Q.4 Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria
 - Q.4.P.1 % di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021
- Q.5 Sviluppo assistenza territoriale
 - Q.5.D.1 Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali
 - Q.5.D.2 % anziani \geq 65 anni trattati in ADI
 - Q.5.D.3 COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali
 - Q.5.D.4 Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale
 - Q.5.D.5 Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77
 - Q.5.D.6 Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) $>99\%$
- Q.6 Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali
 - Q.6.T.1 Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer
 - Q.6.T.2 Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda
 - Q.6.T.3 Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini
 - Q.6.T.4 Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini
 - Q.6.T.5 D33Z - Numero di anziani con età \geq 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti
 - Q.6.T.6 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA
- Q.8 Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti
 - Q.8.O.1 Proporzioni di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia
 - Q.8.O.2 STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero
- Q.9 Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita

- Q.9.O.1 % di parti con almeno un evento avverso
- Q.10 Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico
 - Q.10.O.4 Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
- Q.11 Miglioramento della qualità del debito informativo
 - Q.11.S.1 Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati
- Q.12 Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie
 - Q.12.S.1 Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM
- Q.13 Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici
 - Q.13.S.1 Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza
- Q.15 Sviluppo dei progetti di qualità percepita
 - Q.15.S.1 Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)

Prevenzione (un solo indicatore modificato):

1. P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
2. P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
3. P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
4. A.P._P12Z_Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale

I pesi attribuiti ai vari obiettivi dalla giunta sono rappresentati in tabella:

Figura 2 Punti assegnati con DGR 1702/2022 ai diversi obiettivi

| LINEA STRATEGICA | Cod_Ob | OBBIETTIVO | PUNTI | % |
|------------------|--------|---|------------|---------------|
| S | S.1 | Miglioramento dei tempi di attesa | 30 | 50,00% |
| | S.2 | Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera | 0,6 | 1,00% |
| | S.3 | Perseguimento PNRR M6 | 4,2 | 7,00% |
| | S.4 | Avvio Sistema Informativo Ospedaliero | 1,2 | 2,00% |
| S Totale | | | 36 | 60,00% |
| A | A.1 | Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali | 4,56 | 7,60% |
| | A.2 | Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali | 1,44 | 2,40% |
| A Totale | | | 6 | 10,00% |
| E | E.1 | Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici | 4,3 | 7,17% |
| | E.2 | Rispetto dei vincoli di costo del personale | 1,4 | 2,33% |
| | E.3 | Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi | 2,7 | 4,50% |
| E Totale | | | 8,4 | 14,00% |
| Q | Q.1 | Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023 | 0,78 | 1,30% |
| | Q.10 | Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico | 0,4 | 0,67% |
| | Q.11 | Miglioramento della qualità del debito informativo | 0,6 | 1,00% |
| | Q.12 | Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie | 0,24 | 0,40% |

| | | | |
|--------------------|--|------|---------|
| Q.13 | Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici | 0,48 | 0,80% |
| Q.14 | Valorizzazione del ruolo di IRCCS dell'Istituto Oncologico Veneto con il supporto della Rete Oncologica Veneta (ROV) | 0 | 0,00% |
| Q.15 | Sviluppo dei progetti di qualità percepita | 0,72 | 1,20% |
| Q.2 | Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target | 0,6 | 1,00% |
| Q.3 | Estensione del programma di screening per HCV | 0,3 | 0,50% |
| Q.4 | Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria | 0,18 | 0,30% |
| Q.5 | Sviluppo assistenza territoriale | 2,62 | 4,37% |
| Q.6 | Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali | 1,78 | 2,97% |
| Q.7 | Valorizzazione ruolo di hub | 0 | 0,00% |
| Q.8 | Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti | 0,6 | 1,00% |
| Q.9 | Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita | 0,3 | 0,50% |
| Q Totale | | 9,6 | 16,00% |
| Totale complessivo | | 60 | 100,00% |

Di Rilevanza Fondamentale sul 2023 è l'obiettivo di rispetto dei tempi d'attesa, che pesa per il 50% della valutazione della Giunta (30 punti), con l'introduzione di nuovi indicatori (es esempio la % prestazioni previste dall'accordo con l'azienda sanitaria territoriale erogate entro i tempi previsti per ciascuna classe di priorità (S.1.D.4) e la Stipula di un accordo tra ULSS ed AOUI per il miglioramento dei tempi di attesa (S.1.D.3).

Altra novità sostanziale è l'obiettivo di Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 (Q.5.D.5).

Da rilevare anche l'ampliamento dell'area della prevenzione che, in coerenza con il nuovo Piano regionale 2021-2023, richiede investimenti specifici per l'estensione delle campagne vaccinali nonché dell'integrazione dei vari servizi (veterinari, SIAN, SPISAL). In particolare viene introdotto un nuovo obiettivo circa la percentuale di soggetti che hanno effettuato la sierologia per HCV (Q.3.P.1) e l'alimentazione del sistema informativo centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) (Q.4.P.1).

Va evidenziato che anche nell'ambito di obiettivi consolidati già da anni, sono stati introdotti molteplici indicatori nuovi o sono stati reintrodotti indicatori utilizzati in passato. In particolare la Regione richiede il rispetto delle soglie minime per alcuni indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE - pne.agenas.it) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG - salute.gov.it al [Link](#)).

Si sottolinea infine che gli obiettivi assegnati nel 2023, pur avendo una certa continuità con i precedenti, in particolare per quanto riguarda gli obiettivi economici, i tetti, il miglioramento della qualità dei LEA, la qualità dei flussi informativi, il FSEr etc., si arricchiscono di aree precedentemente non oggetto di obiettivi annuali, tra questi i più rilevanti:

- Formazione del personale in particolare con gli obiettivi di Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM (Q.12.S.1) e Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP (S.3.S.2);
- Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99% (Q.5.D.6)

Si rimanda alla DGR 1702/2022 per ulteriori dettagli e la puntuale elencazione dei singoli indicatori individuati con le relative soglie di soddisfazione.

3.1.2 Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale

Agli obiettivi regionali deliberati dalla Giunta, si devono aggiungere le indicazioni strategiche provenienti dal Consiglio Regionale in quanto coinvolto nella valutazione del Direttore Generale ai sensi della L.R. 19/2016.

In particolare con comunicazione nota Prot. n. 200034 del 10.10.2022 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2022, intende valutare i seguenti aspetti:

- A2 Adozione del Piano strategico-operativo aziendale: PANFLU Piano pandemico influenzale 2021 2023, Accordo Conferenza Stato Regioni 25 gennaio 2021. Tutte le Regioni sono impegnate nel contrasto alla diffusione di virus influenzati. Previsto da DGR n. 709/2022 obiettivo SP 1,1 (Obiefti vi di Salute) secondo le indicazioni della OGR n. 187/2022"
- A3 Completezza del flusso informativo regionale sul COVID-19 e predisposizione reportistica
- B1 Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): DGR n. 1107/2020 PAGR 568 (DGR 90/CR del 28 luglio 2020) di modifica programmazione fatta con DGR n 614/2019, a seguito di esigenze Covid correlate
- B4 Relazione sullo stato di attuazione della Rete infettivologica: DGR n. 426/2020 PAGR 520 (DGR 29/CR del 10 marzo 2020)
- B5 Definizione dei progetti per la realizzazione delle Case della Comunità: DGR n. 136/2022 PAGR 132 (DGR 4/CR del 1 febbraio 2022)
- C1 Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare
- C2 Relazione sulle attività di relazione con il pubblico: Relazione prevista dalla normativa di settore
- D1 Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo:
- E2 Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma: Edilizia e informatica (Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettiva)
- E3 Rispetto delle disposizioni per l'anno 2022 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna.: Normativa di riferimento: DGR n. 417/2022 PAGR 150 DGR 23/CR del 15 marzo 2022)
- F2 Implementazione gestione Cyber security: Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria.
- F3 Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero: Coordinamento regionale su Attività assistenza ospedaliera

Almeno per quanto non attiene all'emergenza Covid, gli indirizzi sono sostanzialmente simili dal 2017, e pertanto consentono di ritenere confermata nel prossimo triennio la programmazione.

3.1.3 Obiettivi e piani per il miglioramento

Assunti gli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalle disposizioni normative, rimane uno spazio di autonoma elaborazione aziendale per definire obiettivi e progetti per creare o per cogliere opportunità di miglioramento, sia in termini di qualità ed efficacia che di efficienza.

In questa prospettiva si richiamano gli obiettivi relativi a:

- Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa
- Attivazione dei Servizi Medici Distrettuali, ovvero equipe di medici di Continuità Assistenziale, attivati laddove i pensionamenti del MMG portano un numero rilevante di cittadini ad avere difficoltà a cambiare il medico.
- Indagini di qualità di Clima organizzativo: dopo l'esperienza del 2017 e del 2019 (indagine promossa dal Network Sant'Anna) è stata nuovamente avviata nel 2022 una indagine di clima interno in quanto importante strumento per promuovere il dialogo al fine di migliorare i processi e indirizzare le politiche verso il Personale. L'azienda ha impostato un Piano di azioni tese al miglioramento del Benessere Organizzativo.
- Accreditamento all'eccellenza e qualità dei processi: argomento già sviluppato nelle ex ULSS oggi incorporate, richiede un continuo investimento per non perdere le certificazioni già ottenute e per misurarsi con standard sempre in aumento.

Infine il quadro della programmazione si chiude con l'area socio-sanitaria e sociale, le cui dimensioni sono inserite nel Piano di Zona, da cui derivano le principali progettualità ed attività richieste dagli accordi tra ULSS e Comuni.

3.2 Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore

Di seguito si riportano, in estrema sintesi, alcuni elementi di approfondimento rispetto agli obiettivi ritenuti strategici dall'azienda con riferimento alla strategia di creazione di valore attraverso l'"Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata, nel rispetto di adeguati standard qualitativi, in modo da soddisfare gli obiettivi di salute pubblici ed aumentare il livello di soddisfazione degli utenti e dei cittadini". Il testo si collega alle strategie di creazione di Valore pubblico, come evidenziate nella sezione 2 del PIAO.

3.2.1 Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali

Dal 2022, con la DGR 709/2022, oltre ai tassi di copertura relativi alle vaccinazioni perinatali (95%) ed all'antinfluenzale negli anziani (60%), sono stati assegnati come obiettivi alle aziende sanitarie anche le Coperture vaccinali previste negli over 65 (Pneumococco 55%, Herpes Zoster 50%) e la Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (80%).

Questo ha dato un forte impulso alla ripresa dell'attività vaccinale, che nel 2022 vede la soddisfazione dei livelli di copertura del 95% per le vaccinazioni esavalente ed MPR (morbillo parotite e rosolia) nei primi 24 mesi di vita, ed una sostanziale tenuta della campagna antinfluenzale (con una stima di lieve aumento).

Per quanto riguarda le altre vaccinazioni, hanno registrato un risultato pienamente soddisfacente le campagne antipneumococcica ed anti herpes Zoster negli anziani, mentre la campagna HPV negli adolescenti, pur con un rilevante aumento nelle somministrazioni (+49%) non ha raggiunto ancora la soglia di copertura richiesta.

Per il 2023 si persegue quindi l'obiettivo di soddisfare tutte le soglie di copertura previste dal calendario vaccinale in particolare aumentando le coperture di antinfluenzale negli anziani e di HPV negli adolescenti.

Sul piano economico, va rilevata la straordinaria rilevanza della campagna anti Herpes Zoster, per la quale l'azienda ha conformato la propria programmazione alle direttive impartite da Regione Veneto con note prot. 465259 del 7 ottobre 2022, ed ha pianificato di effettuare nel 2023, oltre ai soggetti della coorte del 1957 già prenotati, e tutti i nati nel 1958 (coorte di 65enni), anche tutti i soggetti fragili, per un totale di somministrazioni stimato in oltre 30.000 dosi. Trattandosi di un vaccino di costo piuttosto elevato (attorno ai 180€) il costo della sola campagna anti herpes nel 2023 si può stimare attorno ai 5,5 milioni di €.

3.2.2 Effettuazione delle attività di Screening

In merito allo screening oncologici per mammella, colon-retto e cervice uterina, l'obiettivo resta quello di mantenere o raggiungere le soglie standard del tasso di copertura (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello sulla popolazione target).

La buona performance dell'azienda nel 2022 su questi screening ha permesso di raggiungere ed in alcuni casi superare le soglie regionali di riferimento (tasso di copertura >65% per lo screening della mammella, >60% nel caso di colon-retto e cervice uterina), anche sfruttando le risorse dedicate dal Piano Operativo di Recupero delle prestazioni rimaste in sospesa a causa covid.

Tuttavia il mantenimento di questi livelli di copertura richiede di affrontare rilevanti problematiche organizzative, tra cui:

- il bilanciamento dell'offerta sul territorio in funzione del bacino da servire (mammella),
- la continuità nel percorso di cura nel caso di riscontro sfavorevole (mammella),
- il ripristino della capacità di erogazione degli esami diagnostici presso anatomia patologica (cervice)
- il mantenimento di buoni livelli di prelievo presso i consultori familiari (cervice)
- l'ottimizzazione dei livelli di prelievo presso le farmacie territoriali (colon-retto)

All'insieme degli screening oncologici, si è aggiunto nel 2022 lo screening per l'epatite C. Come riportato sul sito della Regione Veneto "La Regione del Veneto promuove la realizzazione di uno screening per l'epatite C totalmente gratuito.

Lo screening per l'Epatite C rileva come obiettivo di copertura, in quanto la Regione ha programmato di richiedere alle ULSS una percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti $\geq 15\%$, ma va tenuto conto che già nel 2022 era stato previsto un obiettivo di trattamento di almeno l'80% di pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento.

La programmazione sugli screening è di fondamentale importanza anche per dare impulso all'attività chirurgica, che nel corso del 2020-2022 ha subito una forte frenata a causa del covid.

3.2.3 Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali

La programmazione delle Cure Primarie sta vivendo un periodo di revisione sostanziale da un lato a fronte dell'introduzione delle innovazioni organizzative definite dal DM 77/2022 e dall'altro per la riduzione dei medici di medicina generale operanti sul territorio. L'azienda infatti sta registrando l'impossibilità di sostituire numerosi medici che cessano l'attività per pensionamento, con rilevanti pressioni della popolazione che si trova priva di un supporto centrale nell'assistenza territoriale.

Il Piano Triennale vigente di sviluppo delle Cure Primarie aveva richiesto investimenti rilevanti per la strutturazione delle medicine di gruppo integrate ed in generale l'organizzazione in team della medicina generale. La configurazione in forme evolute di associazionismo di oltre l'88% dei MMG ha rappresentato un punto di forza nelle difficoltà attuali, ma non sembra sufficiente.

La Regione, nella bozza di obiettivi per il 2023, prevede un Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS)>99%

Nel corso del 2022 l'azienda ha avviato, in forma sperimentale, un accordo per l'attivazione dei cosiddetti "Servizi Medici Distrettuali" che garantiscono l'assistenza primaria ai cittadini rimasti privi del Medico di Medicina Generale; pensato come una misura straordinaria e temporanea per rispondere ai bisogni di quella parte di popolazione che al momento non riesce a trovare la disponibilità di un medico, in particolare negli ambiti già carenti.

Il Servizio Medico Distrettuale garantisce tutte quelle prestazioni di assistenza primaria generalmente fornite dal medico di base, quali prescrizioni di farmaci, prestazioni strumentali e specialistiche, certificazioni, visite ambulatoriali e a domicilio.

L'accesso all'ambulatorio è primariamente strutturato su prenotazione, prevedendo fasce orarie di contatto telefonico per fissare l'appuntamento.

Il Servizio viene attivato nelle sedi distrettuali della Continuità Assistenziale ed a fine 2022 sono già attive in 9 sedi.

3.2.4 Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR)

L'assistenza territoriale è attualmente oggetto di una riforma promossa a livello nazionale ed avviata con la pubblicazione della pubblicazione del Decreto ministeriale 77 in 27 maggio 2022.

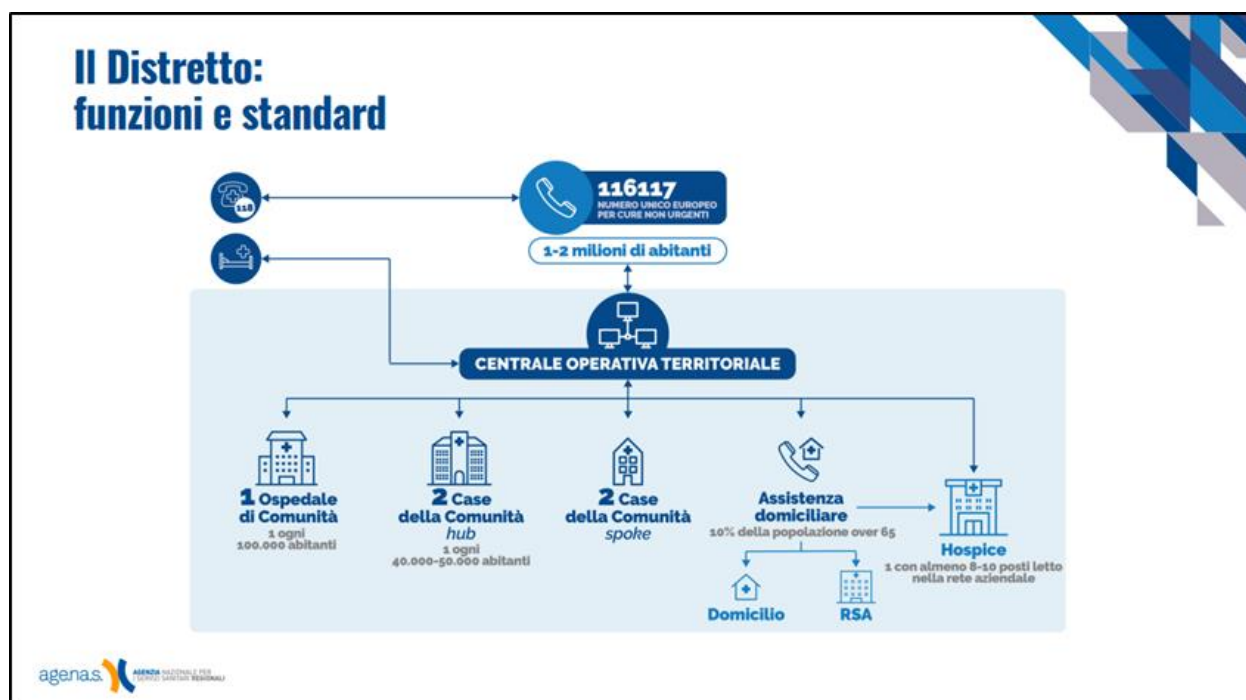
Le principali disposizioni del DM 77/2022, che ridisegna soprattutto funzioni e standard del Distretto, come riportate sul sito del Ministero della Salute sono:

- a. Casa della Comunità – Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.
- b. Centrale operativa 116117 – La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e sociosanitaria a bassa intensità assistenziale
- c. Centrale Operativa Territoriale - La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.
- d. Infermiere di Famiglia e Comunità – È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.
- e. Unità di continuità assistenziale –. È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

- f. Assistenza domiciliare – La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.
- g. Ospedale di comunità -. È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.
- h. Rete delle cure Palliative - E' costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale. Standard:
- i. Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie - Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, alle coppie e alle famiglie garantiscono prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive, nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni che ne tutelino la riservatezza.
- j. Telemedicina - Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

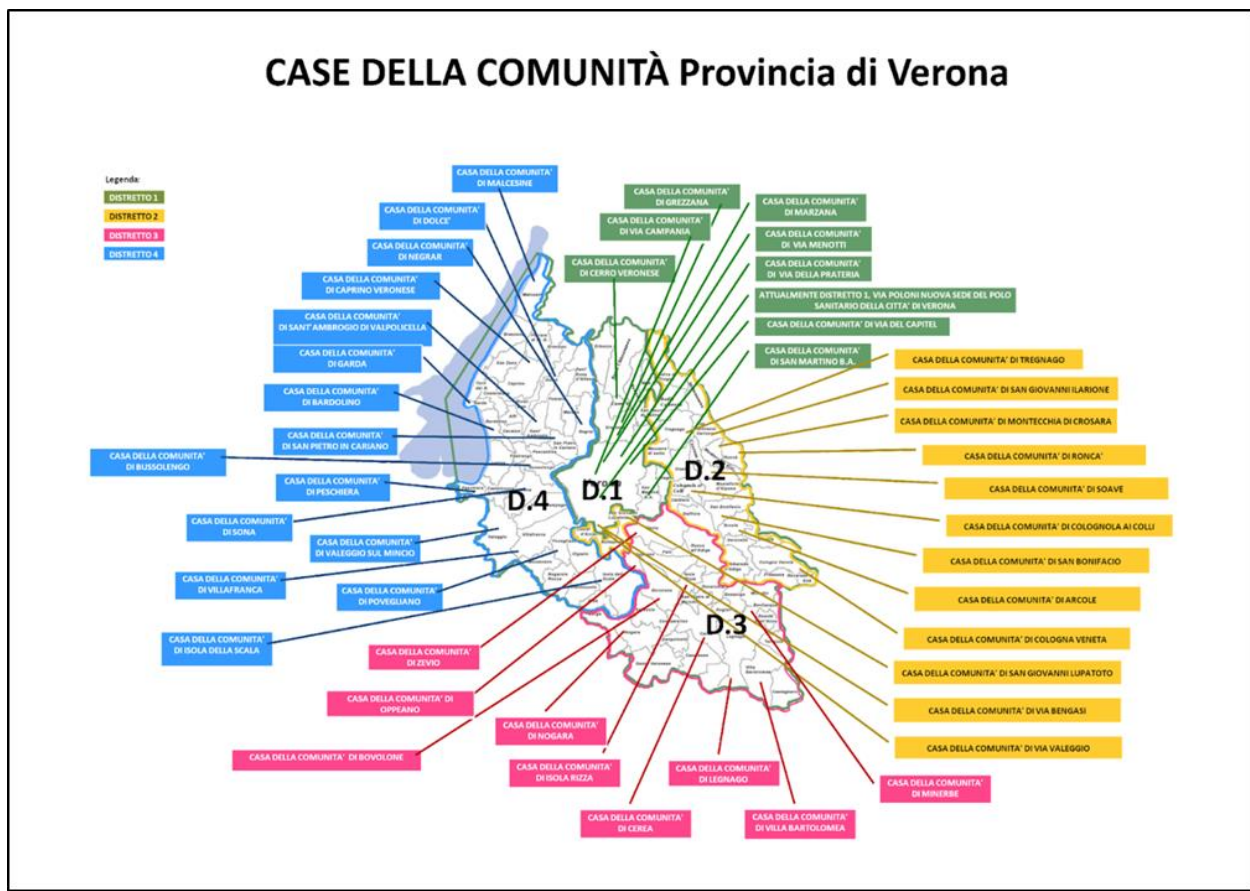
Tra questi sono specifico oggetto di obiettivo regionale e di conseguenza aziendale le Case della Salute e gli Ospedali di comunità (a. e g.), la Centrale Operativa Territoriale (c.), l'ADI (f.) e le cure Palliative (h.), i minori, in particolare con l'attivazione delle Unità Funzionali di Assistenza Distrettuale (i.) e la Telemedicina (j.)

Figura 3 - Presentazione Agenas del Modello Organizzativo del Distretto



La programmazione aziendale su questo fronte, intrecciata anche all'impiego dei fondi del PNRR ed articolata su molteplici annualità, è riportata per le Case della Comunità nella mappa sottostante

Figura 4 Case della Comunità programmate in provincia di Verona



3.2.5 Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard

Come evidenziato nel capitolo dedicato alla performance storica, tra gli obiettivi più rilevanti per l'azienda vi è la garanzia degli indicatori di qualità dell'assistenza presenti nel Piano nazionale Esiti (PNE) e/o nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). La regione promuove attivamente il miglioramento di questi standard assegnando ad ogni azienda obiettivi specifici sulle criticità riscontrate a livello locale. In particolare per l'ULSS 9 viene richiesto di migliorare la performance su:

- H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno ≤ 15% (parziale se ≤ 20%)
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario >80% (parziale se >60%)
- H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui > 90%
- C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici <-0,30 (parziale se <0,35)
- H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario <15%

3.2.6 Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L'azienda Ulss 9 nell'ultimo triennio ha presentato alcune criticità in merito al puntuale rispetto dei tetti di spesa fissati da Azienda Zero.

Per tutti i tetti di costo l'azienda ha sempre posto in essere un attento monitoraggio e l'assegnazione dei budget alle unità operative ospedaliere e territoriali. Gli eventuali scostamenti sono oggetto di valutazioni e azioni correttive per ricondurre i costi aziendali all'interno degli standard regionali.

I tetti regionali riguardano:

- Farmaci Acquisti Diretti
- Dispositivi Medici (Esclusi IVD)
- Dispositivi Medici in vitro (IVD)
- Farmaceutica
- Protesica Pro-Capite
- Integrativa Pro-Capite
- Personale
- DPC Farmaci
- DPC Dispositivi Medici
- DPC IVD

La Regione, con il decreto n. 181 del 29.12.2022 ha definito i limiti di costo per il 2023, fissandoli ai livelli dell'anno 2022 senza alcun incremento, anzi prevedendo una riduzione per i Farmaci Innovativi e per i Dispositivi Medici (vedi tabella 4).

Rispetto alle disposizioni storiche sul tetto di spesa, in particolare per i farmaci acquisti diretti, nel 2022 l'obiettivo era stato ulteriormente esplicitato nel dettaglio elencando quali sono gli incrementi percentuali consentiti per i gruppi terapeutici a maggior impatto di spesa, e indicando i potenziali risparmi derivanti da: a) perdite di brevetto e acquisti in concorrenza di alcuni principi attivi; b) maggior utilizzo di biosimilari; c) maggior utilizzo di bevacizumab intravitreale. Nel decreto dei tetti per il 2023 tali indicazioni, che si possono considerare "sotto-obiettivi", non vengono più esplicitate. Inoltre si osserva che a fronte di una riduzione del tetto per i farmaci innovativi del 47% rispetto al 2022, finanziato da specifico fondo, non è stato parimenti aumentato il tetto dei farmaci acquisti diretti nel quale dovrà confluire la spesa di quei farmaci usciti dal fondo perchè hanno concluso il periodo di innovatività.

Per quanto riguarda invece i Dispositivi Medici è necessario considerare anche per il 2023, come per il 2022, la difficoltà dovuta al fatto che il tetto è stato assegnato con un importo pari all'anno 2021, quando la spesa era ovviamente più contenuta a causa dell'emergenza COVID. Ma la ripresa dell'attività in particolare degli interventi chirurgici (attività ad alto assorbimento di spesa per dispositivi medici), successiva a questo periodo, ha implicato necessariamente un incremento nell'acquisto di beni sanitari (protesi, presidi chirurgici) trattandosi appunto di un tipo di spesa direttamente correlata ai volumi di produzione. Infatti, il limite di costo posto nel 2022 si è rilevato assolutamente non adeguato all'incremento dell'attività (per i soli di ricoveri chirurgici il 2022 ha registrato un aumento del +17% del valore della produzione rispetto al 2021, e per raggiungere i livelli del 2019 pre-pandemia, l'incremento stimato per il 2023 è di un ulteriore 5%).

Parallelamente agli obiettivi di sostenibilità economica, sono assegnati alle aziende anche obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza nel consumo di farmaci e dispositivi, che concorrono anch'essi all'efficienza della spesa, in particolare fra gli altri:

- **Riduzione del consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale:** già previsto come indicatore rilevante ai fini del rispetto a livello ministeriale dei LEA, la verifica riguarda l'analisi del consumo degli antibiotici sistemici in ambito territoriale valutati come farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti e prenderà in considerazione i consumi derivanti dai flussi della farmaceutica pertinenti. Il valore dell'indicatore dovrà essere inferiore al valore medio delle tre migliori performance aziendali della Regione nell'anno 2020.
- **Riduzione del consumo di antibiotici in ambito ospedaliero:** Il valore dell'indicatore dovrà presentare una riduzione delle DDD rapportata alle giornate di degenza maggiore del 5% rispetto all'anno 2016.

Viene di seguito riportata la formulazione dei limiti di costo e dei valori pro-capite dei beni sanitari per il 2023.

Tabella 7 - Limiti di Costo 2023 Decreto n.181 del 29 dicembre 2022 .

| | TETTO 2022 | TETTO 2023 |
|----------------------------------|---|---|
| FARMACI ACQUISTI DIRETTI | € 52.142.513 + Farmaci innovativi per € 6.221.134 | € 52.142.513 + Farmaci innovativi per € 3.298.469 |
| DISPOSITIVI MEDICI (esclusi IVD) | € 26.322.954 | € 25.948.292 |
| IVD | € 7.961.080 | € 7.961.080 |
| FARMACEUTICA Convenzionata | € 89.346.542 | € 89.346.542 |
| PROTESICA PRO-CAPITE | € 9,60 | € 9,50 |
| INTEGRATIVA PRO-CAPITE | € 16,80 | € 16,50 |
| PERSONALE | € 292.135.240 (tetto iniziale); € 294.513.420,18 | € 303.663.565 |

| | (presente nel piano dei fabbisogni 2022-2025) | |
|------------------------|---|--------------|
| DPC Farmaci | € 31.788.197 | € 31.788.197 |
| DPC Dispositivi Medici | € 3.115.192 | € 3.115.192 |
| DPC IVD | € 1.094.264 | € 1.094.264 |

3.2.7 Rispetto del livello di costosità programmata regionale

La nota Regione Veneto n.555044 del 1/12/2022 ha definito il livello di costosità programmata in termini di variazione ammessa in incremento rispetto ai costi della produzione imposte e tasse pari all' 0,71%.

Nel caso specifico dell'Azienda Scaligera tale percentuale rappresenta una crescita ammessa di costi pari a 13,6 milioni di euro su un valore complessivo di 1.097 milioni di euro.

Il livello di costosità stimato nel Bilancio di Previsione 2023 è invece il seguente:

| livello di costosità esposto nella presente proposta di Bilancio Economico Preventivo 2023 | Bilancio Economico Preventivo aggiornato 2022 | % incremento effettiva | Bilancio Economico Preventivo 2023 presentato | variaz in assoluto |
|--|---|------------------------|---|--------------------|
| Costo della produzione + Imposte e tasse | 1.927.206.013,00 | 1,7% | 1.959.936.793,74 | 32.730.780,74 |

In sostanza, la crescita effettiva dei costi stimata dall'azienda è del 1,7% contro lo 0,71% atteso dalla Regione, con una variazione in assoluto di 32,7 mln di euro contro i 13,6 indicati dal livello di costosità programmato, con un supero della spesa ammessa di 19,1 mln di euro.

L'incremento di spesa del 1,7%, tuttavia, corrisponde all'incremento di spesa media riconosciuta dalla Regione Veneto con la nota prot.555044 del 1/12/2022 alle Aziende Sanitarie, pertanto rappresenta un termine di riferimento.

L'analisi delle ragioni che hanno indotto Regione Veneto ad assegnare un obiettivo più stringente rispetto alla media regionale ha messo in evidenza che la parte principale della spesa eccedente il limite assegnato deriva da previsione di spesa non conforme ai tetti regionali sui seguente aggregati : acquisto di Farmaci, Farmaceutica convenzionata e spesa per dispositivi medici sia IVD che altri.

Il totale del supero rispetto a questi tetti ammonta infatti a 23,6 mln di euro.

L'analisi della costosità aziendale è stata oggetto di specifico capitolo della Relazione al Bilancio Preventivo (https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Bilanci/Bilancio%20preventivo/ANNO%202023/Relazione_del_DirettoreGenerale.pdf) pagine 59-63 cui si rimanda per approfondimenti.

3.2.8 Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr

L'Obiettivo intende aumentare la condivisione dei documenti clinici con il paziente e con gli altri professionisti sanitari tramite il FSEr.

Nell'anno 2021 è stato valutato l'indice di qualità di indicizzazione dell'Azienda (iQI) calcolato per tipologia di documento clinico e per regime di erogazione.

In particolare:

le soglie rispettivamente di $\geq 98\%$ e $\geq 95\%$.

- Nell'anno 2022 l'obiettivo prevedeva l'implementazione del FSE in esecuzione del Piano di Adeguamento per la Gestione del Consenso FSEr. Sono state valutate le percentuali dei documenti indicizzati rispetto al totale prestazioni erogate, come richiesto dal "Decreto Riparto" del FSEr. per l'iQI delle tipologie documentali rese visibili nel 2021 attraverso i servizi FSEr al

cittadino ed agli operatori sanitari, sono state considerate le medie dei valori iQI delle singole tipologie documentali a seconda del regime di erogazione, di seguito riportate:

- referti di laboratorio per esterni;
- referti di anatomia patologica per esterni;
- referti di radiologia per esterni;
- verbali di pronto soccorso;
- lettere di dimissioni;
- referti di laboratorio per interni;
- referti di anatomia patologica per interni;
- referti di radiologia per interni;
- ○ referti di laboratorio in regime di screening e medicina preventiva a seguito di test diagnostici del virus SARS-CoV-2.
- per l'iQI delle tipologie documentali indicizzate su FSEr ma non ancora rese visibili attraverso i servizi FSEr al cittadino ed agli operatori sanitari, sono considerate le medie dei valori iQI delle singole tipologie documentali a seconda del regime di erogazione, di seguito riportate:
 - referti di cardiologia per esterni;
 - referti di diabetologia per esterni;
 - referti di gastroenterologia per esterni;
 - referti di oncologia per esterni;
 - referti di cardiologia per interni;
 - referti di diabetologia per interni;
 - referti di gastroenterologia per interni;
 - referti di oncologia per interni.

L'obiettivo è stato pienamente raggiunto rispettando entrambe

Di seguito sono riportati gli Indicatori di alimentazione del FSE:

- N. lettere di dimissione ospedaliera indicizzati/ N. ricoveri (Fonte SDO)
- N. verbali di Pronto Soccorso indicizzati/ N. accessi Pronto Soccorso (Fonte Emur, accessi al ps al netto degli abbandoni)
- N. referti di Laboratorio indicizzati/N. prestazioni di Laboratorio erogate (Fonte Flusso SPS escluso Screening)
- N. referti di Radiologia indicizzati/N. prestazioni di Radiologia erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. referti di Anatomia Patologica indicizzati/N. di prestazioni di Anatomia Patologica erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. referti di Specialistica Ambulatoriale indicizzati/N. di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale erogate (Fonte Flusso SPS)
- N. Totale dei documenti indicizzati (Σ numeratori precedenti)/N. di prestazioni erogate (Σ denominatori precedenti)/
- N. cittadini con certificato vaccinale indicizzato/N. residenti (Fonte Aur)

Per l'anno 2023 l'Azienda garantirà gli standards previsti nel 2022 o gli eventuali standard revisionati, in base ad eventuali richieste ed aggiornamenti regionali.

3.2.9 Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero

Tutte le aziende del Veneto sono state chiamate ad implementare, secondo specifica programmazione regionale, il nuovo Sistema informativo Ospedaliero.

Superata la fase iniziale e prodromica, l'Azienda ha presentato uno specifico piano aziendale di implementazione delle attività previste per l'avvio del SIO:

- Acquisizione / adeguamento repository
- Migrazione documenti
- Migrazione dei dati clinici strutturati (Dataset configurazionali SIO, dati e documenti clinici, dati transazionali)
- Gestione integrazioni SIO/sistemi aziendali

- Compilazione questionario per il rilevamento dello stato dell'infrastruttura aziendale

Il piano prevede per ogni azione, il responsabile e le date di inizio/fine.

L'impegno per l' Azienda nell'anno 2022 è stato quello dare comunicazione entro la fine dell'anno della data di avvio in produzione del SIO nei distretti previsti ed inviare in Regione la seguente documentazione:

- Emissione ordini
- Test AO Match con invio anagrafiche
- Caricamento dello storico con dichiarazione delle tipologie
- Dichiarazione numero documenti caricati per tipologia.

L'Azienda ha infine programmato, al fine di rispettare le tempistiche previste dal progetto, di inviare una dichiarazione sui risultati delle elaborazioni entro il 15/01/2023.

Entro il 31/12/2023 la Regione richiede che il SIO sia avviato da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR. Il cronoprogramma aziendale prevede di avviare in tempi diversi il SIO nei presidi aziendali con queste priorità

1. Legnago e Bovolone;
2. Villafranca, Bussolengo e Malcesine;
3. San Bonifacio e Marzana.

3.2.10 Attuazione del PNRR

In merito alla strategia di cui al punto B. (vedi sezione del PIAO Dedicata alle strategie di creazione di Valore pubblico) di strategie tese alla creazione di Valore Attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare le soluzioni organizzative, snellire ed efficientare i processi interni e semplificare l'accesso ed i percorsi di utenti e cittadini ai servizi sanitari gli obiettivi aziendali riportano l'impegno aziendale su questo fronte.

L'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il Next Generation EU (NGEU). È un programma di portata e ambizione inedite, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione delle lavoratrici e dei lavoratori e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due principali strumenti del NGEU: il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF) e il Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU). Il solo RRF garantisce risorse per 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021-2026, delle quali 68,9 miliardi sono sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi.

Il dispositivo RRF ha richiesto agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Questo Piano, che si articola in sei Missioni e 16 Componenti, beneficia della stretta interlocuzione avvenuta in questi mesi con il Parlamento e con la Commissione Europea, sulla base del Regolamento RRF. Le sei Missioni del Piano sono: digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; rivoluzione verde e transizione ecologica; infrastrutture per una mobilità sostenibile; istruzione e ricerca; inclusione e coesione; salute. Il Piano è in piena coerenza con i sei pilastri del NGEU e soddisfa largamente i parametri fissati dai regolamenti europei sulle quote di progetti "verdi" e digitali.

La Regione del Veneto, con la DGR n. 1529 del 17 novembre 2020 "Adozione del Piano Regionale per la Ripresa e la Resilienza (PRRR) del Veneto ai fini della predisposizione del Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR), così come previsto dalla proposta di Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 maggio 2020, COM (2020) "ha definito il proprio piano ed avviate le prime fasi di attuazione, che per il SSR riguardano in modo particolare:

- a) M6C1 – Inv.1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona
- b) M6C1 – Inv.1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- c) M6C1 – Inv.1.3 Ospedali di Comunità
- d) M6C2 – Inv.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico digitale ospedaliero
- e) M6C2 – Inv.1.2 Ospedale sicuro e sostenibile
- f) M5C2 – Inv.1.1 sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

Con successiva DGR n. 368 del 08/04/2022, la Regione del Veneto ha approvato gli interventi per la realizzazione del Piano regionale in attuazione del PNRR – Missione 6 Componenti Investimento 1 e 2; individuati i soggetti delegati all'attuazione degli interventi; fornite le prime indicazioni operative ed organizzative per la realizzazione del Piano.

In particolare sono stati definiti gli interventi per le seguenti linee di investimento:

- Componente 1 investimento 1.1 Case della Comunità;
- Componente 1 investimento 1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT) (lavori, interconnessione aziendale, device);
- Componente 1 investimento 1.3 Ospedali della Comunità;
- Componente 2 investimento 1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero;
- Componente 2 investimento 1.2 Verso un Ospedale sicuro e sostenibile.

Con DGR n. 622 del 27/05/2022 sono stati approvati gli aggiornamenti agli interventi per la realizzazione del Piano regionale in attuazione del PNRR – Missione 6 Componente Investimento 2, di cui alla citata DGR n. 368/2022, unitamente all'approvazione dello schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), all'individuazione del soggetto sottoscrittore dello stesso, alla nomina del Referente unico di Parte e alla definizione delle attività in capo al soggetto attuatore e ai soggetti attuatori delegati.

Al fine di rafforzare l'impegno alla realizzazione delle progettualità del Piano regionale in attuazione del PNRR, con DGR 1702/2022 nell'ambito della linea strategica "S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza", sono stati individuati obiettivi specifici nell'area S.3 Perseguimento PNRR M6.

L'Ulss 9, al fine di attuare le progettualità del piano nel rispetto delle scadenze previste, si è dotata di idoneo strumento informatico per la creazione, la pianificazione e la gestione dei task e delle deadline di progetto (regionali ed europee). Tali cronoprogrammi sono periodicamente controllati e validati dalla Direzione Edilizia Ospedaliera a finalità collettive di Regione Veneto.

Con riferimento agli obiettivi sopra citati, prendendo a titolo esemplificativo e non esaustivo l'area dell'assistenza distrettuale sanitaria, nell'ambito degli interventi previsti nella Missione M6C1 Case della Comunità e COT:

- con deliberazioni del Direttore Generale dalla n. 961 alla n. 968 del 29/09/2022 si è provveduto ad approvare i progetti definitivi per la realizzazione delle COT (n. 8);
- con deliberazioni del Direttore Generale dalla n. 1034 alla n. 1052 del 28/10/2022 si è provveduto ad approvare i progetti definitivi per la realizzazione delle Case e Ospedali di Comunità di competenza dell'Ulss9 Scaligera e ;
- con deliberazioni n. 1053 e 1054 del 28.10.2022 sono stati approvati i progetti esecutivi per la realizzazione della CDC di Villafranca e dell'ODC di Malcesine (complessivamente n. 15 Case della Comunità e n. 6 Ospedali di Comunità).

3.2.11 Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

In Coerenza con la successiva sezione, gli obiettivi aziendali per l'anno in corso, inseriti nelle schede Budget di tutte le UO, sono i seguenti:

Anticorruzione:

L'Azienda ritiene rilevante perseguire obiettivi di sviluppo legati all'analisi dei rischi. Si chiede infatti attraverso lo studio dei processi, sotto l'aspetto dell'identificazione e analisi dei rischi, di monitorare in maniera congrua i possibili rischi di corruzione collegati puntualmente ai processi organizzativi. Negli anni scorsi è stato completato lo studio dei principali trenta processi aziendali attraverso corsi di formazione e facilitazione alla comprensione del trattamento dei rischi per i processi considerati rilevanti dal punto di vista corruttivo; come previsto dal P.T.P.C.T.. Con l'aiuto della funzione di Internal Audit viene poi completata la valutazione e la ponderazione dei rischi per adottare le opportune tecniche di stima del livello di esposizione al rischio di corruzione dei diversi processi organizzativi permettendo, così, di graduare le priorità di intervento. In considerazione del fatto che gran parte dell'attività è stata fatta già negli anni precedenti, è implementato un controllo di terzo livello declinato come verifica delle procedure: stesura e aggiornamento, diffusione e attuazione.

Trasparenza:

In coerenza con il Piano, l'obiettivo di base per la trasparenza è l'inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Rimane importante l'attività per automatizzare la raccolta delle informazioni destinate alla pubblicazione compiuta dal RPCT.

3.3 Le Aree Strategiche

L'Azienda integra tutti i propri obiettivi strategici in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici.

Tabella 2 - Aree strategiche e Macro-obiettivi

| Area Strategica 1 | Erogazione dei LEA |
|--------------------------|--|
| Macro-obiettivo 1.1 | Prevenzione |
| Macro-obiettivo 1.2 | Assistenza Territoriale |
| Macro-obiettivo 1.3 | Assistenza Ospedaliera |
| Macro-obiettivo 1.4 | Prestazioni Specialistiche |
| Macro-obiettivo 1.5 | Tempi di Attesa |
| Macro-obiettivo 1.6 | Attività Sociosanitaria e Sociale |
| Macro-obiettivo 1.7 | Aspetti relazionali con gli utenti |
| Macro-obiettivo 1.8 | Gestione del Rischio Clinico |
| Area Strategica 2 | Sostenibilità economico-finanziaria |
| Macro-obiettivo 2.1 | Equilibrio Economico |
| Macro-obiettivo 2.2 | Limiti di Costo |
| Macro-obiettivo 2.3 | Gestione delle risorse finanziarie |
| Area Strategica 3 | Informatizzazione e Flussi Informativi |
| Macro-obiettivo 3.1 | Fascicolo Sanitario Elettronico |
| Macro-obiettivo 3.2 | Qualità e Completezza dei Flussi Informativi |
| Area Strategica 4 | Organizzazione Aziendale |
| Macro-obiettivo 4.1 | Sviluppo dei sottosistemi aziendali |
| Macro-obiettivo 4.2 | Organizzazione del Lavoro |
| Macro-obiettivo 4.3 | Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici |
| Macro-obiettivo 4.4 | Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza |

3.4 Documento delle Direttive 2023

La seguente tabella riporta gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati all'Azienda dal livello regionale.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Vengono individuate per ogni indicatore:

- La Direzione Strategica di riferimento (DA, DS o DSS);
- La struttura di afferenza per la negoziazione del Budget;
- L'Unità Operativa "Capofila" che sarà chiamata a proporre, coordinare e monitorare le azioni delle Unità Operative coinvolte, riferendo alla Direzione Strategica l'andamento aziendale. Nel caso di obiettivi riferiti direttamente a più unità operative omogenee, ad esempio le UU.OO.CC. Farmacia di ciascun ospedale o le UU.OO.CC. Cure Primarie nei diversi distretti, ciascuna UOC risponde per la parte di propria competenza.

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'Unità (o le Unità) operativa capofila non è l'unica Unità Operativa coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo, né ne rappresenta il responsabile diretto (benché possa anche avere un ruolo più o meno diretto nel raggiungimento), ma rappresenta un punto di semplificazione della rappresentazione alla Direzione dei fenomeni legati al raggiungimento degli obiettivi, nonché la struttura che può riferire sull'andamento.

LEGENDA

| | |
|---|---|
| DGR 1702/2023 E.4.S.3 | Indicatore presente nell'ultima DGR di assegnazione degli obiettivi annuali di Salute e Funzionamento delle Aziende del SSR Veneto |
| DGR 1702/2023 S.4.S.1 e V Commissione 2022 F3 | Indicatore presente nell'ultima DGR di assegnazione degli obiettivi annuali di Salute e Funzionamento tra gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione |
| Obiettivi 2022 assegnati V Commissione C1 | Indicatore presente tra gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consiliare |
| DGR 709/2022 E.S.6.1 | Indicatore presente in DGR di anni precedenti ritenuto ancora attuale |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|---|-------------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|---|---|
| Area Strategica 1: Erogazione dei LEA | | | | | | | | | |
| Macro-obiettivo 1.1 Prevenzione | Obiettivo 1.1.1: Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P01C) | P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 95,20% | 95,50% | ≥ 95% | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SISP |
| | | DGR 1702/2022 A.1.P.2 (A.P._P02C) | P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | 93,80% | 95,20% | ≥ 95% | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SISP |
| | | DGR 1702/2022 Q.2.P.1 | Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster) | 47,42% Antinfluenzale 59,97% Pneumococco 56,78% anti-Herpes | 44,00% Antinfluenzale 58,64% Pneumococco 57,31% anti-Herpes | >60% Antinfluenzale, >55% antipneumococcica, >50% antiHerpes Zoster | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SISP |
| | | DGR 1702/2022 Q.2.P.2 | Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo completo sui tredicenni dell'anno di rilevazione) | 61,76% | 54,00% | ≥80% | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SISP |
| | Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P15C_m) | P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella | 58% | 61,40% | ≥ 60% | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute |
| | | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P15C_u) | P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cevice uterina | 58,00% | 56,10% | ≥ 50% | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute |
| | | DGR 1702/2022 A.1.P.1 (A.P._P15C_c) | P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto | 87,00% | 49,20% | ≥ 50% | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|-----------------|---|-----------------------------------|--|--|--------|---|--------------------------|---|---|
| | | | | | | | | | Promozione della Salute |
| | | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P16C) | P16C - Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza. | 18,30% | 14,77% | <25% | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute |
| | | DGR 1702/2022 Q.3.P.1 | Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti | | | >=15% | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute |
| | Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P08Z) | P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP) | 96,00% | n.d. | punteggio ≥ 95% | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | Direttore di Dipartimento della Prevenzione |
| | | DGR 1702/2022 Q.1.P.1 | Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali. | - | 0/3 | Esecuzione delle attività previste dai Piani Mirati | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SPISAL |
| | | DGR 1702/2022 A.1.P.4 (A.P._P10Z) | P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | 100% su tutte le anagrafi a parte allevamenti apistici 95% | n.d. | 100% (graevemnte insufficiente se <70%) | DS | Direttore Sanitario | UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A) |
| | | DGR 1702/2022 A.1.P.3 (A.P._P12Z) | P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | - | n.d. | 100% (inaccettabile se <90% in qualunque addendo) | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SIAN e UOC Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e dei |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|---|---|---|---|--------------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|---|---|
| | | | | | | | | | loro Derivati (Vet B) |
| | Obiettivo 1.1.5: interventi di Prevenzione dei fattori di rischio per la salute | DGR 1702/2022 Q.1.P.3 e V Commissione 2022 A2 | Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale | - | Soddisfatto | Rispetto delle richieste regionali | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOC SISP |
| | | DGR 1702/2022 Q.1.P.2 | Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico | - | 6/6 | Avvio dei lavori dei tavoli intersettoriali | DS | Direttore Sanitario | Direttore di Dipartimento della Prevenzione |
| | | DGR 1702/2022 A.2.P.1 (A.P._P14C) | P14C - Indicatore composito sugli stili di vita | Sospeso | 0,50 | rispetto soglia nazionale | DS | Direttore Sanitario | UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute |
| Macro-obiettivo 1.2 Assistenza Territoriale | Obiettivo 1.2.1: Esecuzione del Piano Triennale di sviluppo delle Cure Primarie | DGR 1702/2022 Q.5.D.1 | Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali | - | n.d. | Avvio di progetti per l'erogazione di servizi in telemedicina | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specialistica, UU.OO.CC. Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti |
| | | DGR 1702/2022 Q.5.D.3 | COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali | Rispettate richieste regionali | Rispetto delle richieste regionali | Rispetto delle richieste regionali | DS | Direttore della Funzione Territoriale | Direzione della Funzione Territoriale |
| | | DGR 1702/2022 Q.5.D.5 | Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77 | | | Rispetto della programmazione regionale | | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Distretti |
| | | DGR 1702/2022 Q.5.D.6 | Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS)>99% | | | Rispetto della programmazione regionale | | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|-----------------|--|---|---|------------------------------------|--------------|---|--------------------------|---|---|
| | | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione B5 | Realizzazione delle Case della Comunità | | n.d. | Definizione dei progetti per la realizzazione delle Case della Comunità | DSS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Distretti |
| | Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie agli indirizzi previsti dalla DGRV 433 del 06/04/2017 | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione B1 | Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità | Apertura ODC Le Betulle 01/04/2021 | n.d. | Secondo Programmazione | DS/DA | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione B1 | Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice | non attivati | n.d. | Secondo Programmazione | DS/DA | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Cure Palliative |
| | Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard | DGR 1702/2022 Q.5.D.4 | Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale | - | n.d. | Analisi propedeutica ed avvio del nuovo tracciato | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Sistemi Informativi ed UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2022 Q.5.D.2 | % anziani >=65 anni trattati in ADI | 5,63% | 6,09% | > valore 2021 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2022 A.2.D.1 (A.D._D22Z) | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) | 3,5 | 3,2 | ≥ 4 (punteggio parziale se ≥ 2,6) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2022 A.2.D.1 (A.D._D22Z) | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) | 2,1 | 2,3 | ≥ 2,5 (punteggio parziale se ≥ 1,9) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2022 A.2.D.1(A.D._D22Z) | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) | 2,3 | 2,5 | ≥ 2 (punteggio parziale se ≥ 1,5) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard | DGR 1702/2022 A.2.D.1 (A.D._D30Z) | D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | 51% | 50,79% | ≥ 55% (punteggio parziale se ≥ 35%) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Cure Palliative ed UU.OO.CC. Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2022 A.1.D.3 (A.D._B4.1.1A) | B4.1.1A "Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente | Dato stabile rispetto al 2020 | 3,27 e -0,1% | >4,83 (x 1000) o miglioramento di almeno il 10% rispetto al 2021 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC Cure Primarie e UOC Cure Palliative |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|---|------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|---|--|
| | Obiettivo 1.2.6: Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili | DGR 709/2022 A.D.3.1 (A.D._diab) | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete | 48,93 | 54,61 | < 26,63 (parziale se in miglioramento rispetto all'anno prima) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC Cure Primarie e UOC Medicina Interna (o referenti CAD) |
| | | DGR 709/2022 A.D.4.1 (A.D._D03C) | D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco | 228,89 | 223,13 | <343 per 100.000 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti |
| | | DGR 709/2022 A.D.4.1 (A.D._D04C) | D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | 21,88 | 37,50 | <109 per 100.000 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. IAF e UU.OO.CC. Distretti |
| Macro-obiettivo 1.3 Assistenza Ospedaliera | Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Pronto Soccorso secondo gli standard | DGR 709/2022 A.D.4.1 (A.D._D09Z) | D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | 19 | 17 | <=18 Minuti | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera |
| | | DGR 1702/2022 A.1.D.2 (A.D._D05C) | D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti). | | | Soglia Regionale | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA |
| | Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard | DGR 1702/2022 Q.10.O.4 (A.O._H02Z) | Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui | 92,20% | 61,08% | > 90% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e DIPARTIMENTO TRANSMURALE STRUTTURALE MATERNO INFANTILE |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._H05Z) | H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni | 90,30% | 90,05% | >90% (parziale se >40%) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e Dipartimenti Chirurgici |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._colec) | Volumi interventi di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA | solo a Villafranca (41 casi) < 100 | solo a Villafranca (41 casi) < 100 | > 100 interventi annui per UO Complessa | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e Dipartimenti Chirurgici |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|-----------------|--|------------------------------------|---|--------|--------|-----------------------------------|--------------------------|---|---|
| | | DGR 1702/2022 A.1.O.2 (A.O._H13C) | H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | 59,80% | 63,54% | >80% (parziale se >60%) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e UU.OO.CC. Ortopedia |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._H18C) | H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno. | 19,52 | 16,60% | ≤ 20% (parziale se ≤ 25%) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Materno-Infantile |
| | | DGR 1702/2022 A.1.O.1 (A.O._H17C) | H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno | 16,01 | 19,17% | ≤ 15% (parziale se ≤ 20%) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Materno-Infantile |
| | | DGR 1702/2022 Q.9.O.1 | % di parti con almeno un evento avverso | - | n.d. | ≤4% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Materno-Infantile |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._C2A.M) | C2A.M Indice di performace degenza media- drg medici | 0,69 | 0,520 | <-0,30 (parziale se <0,35) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e Dipartimenti Internistici |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._H04Z) | H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario | 13,83% | 14,00% | <15% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere e UOC_Nucleo Aziendale di Controllo |
| | | DGR 1702/2022 A.2.O.1 (A.O._H01Z) | H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti | 115,99 | 114,44 | <140 per 1.000 (parziale se <160) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Distretti |
| | Obiettivo 1.3.3: Rispetto degli standard delle reti tempo dipendenti | DGR 1702/2022 Q.8.O.1 | Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia | 17,37% | 21,40% | ≥20% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UOC Neurologia Legnago |
| | | DGR 1702/2022 Q.8.O.2 | STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero. | | | >65% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Funzionale di Cardiologia |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|---|--|---|---|---|---|--------------------------|---|--|
| | | DGR 1702/2022 A.1.O.3 (A.O._ptca) | Volumi interventi di PTCA | Eseguiti 338 interventi dall'emodinamica dell'Ospedale di Legnago di cui 88 per pz ricoverati a San Bonifacio . | Eseguiti più di 250 interventi dall'emodinamica dell'Ospedale di Legnago di cui una parte per pz ricoverati a San Bonifacio . | >250 interventi per struttura di intervento | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Funzionale di Cardiologia |
| | | DGR 1702/2022 A.1.D.1 (A.D._D02C) | D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico | | | Soglia Nazionale | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Dipartimento Funzionale di Cardiologia |
| | Obiettivo 1.3.5: Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza | DGR 709/2022 Q.S.5.6 | Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento | - | n.d. | >80% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale |
| Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa | Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali | DGR 958/2021 D.E.1.2 e V Commissione 2021 D1 | Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 | 87% | 100,00% | 100% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specistica e DMO |
| | | DGR 1702/2022 S.1.D.1 | % prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie) | | | >20% rispetto al 31/12/2022 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specistica e DMO |
| | | DGR 1702/2022 S.1.D.2 | % prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022 | | | ≥ 60% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | Direzione della Funzione Territoriale |
| | | DGR 1702/2022 A.2.D.1 (A.D._D10Z) | D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B | 98% | 93,78% | ≥90% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | Direzione della Funzione Territoriale |
| | | DGR 1702/2022 S.1.D.3 | Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo | | | | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specistica e DMO |
| | | DGR 248/2019 D.E.1.3 | % prestazioni in classe D (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa | 98% | 95% | ≥ 95% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specistica e DMO |
| | | DGR 248/2019 D.E.1.5 | % prestazioni in classe P (su totale traccianti classe D, G1*) con tempo di attesa come da normativa | 98% | 95% | ≥ 95% | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Specistica e DMO |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|--|---|---|--|---|---|---------------------------------------|---|---|
| | Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica | DGR 958/2021 O.B.1.2 e V Commissione 2021 D1 | Ripristino dei volumi prestazionali del 2019 | 94% | 92% | 100% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Tutte le UOC Ospedaliere |
| | | DGR 1702/2022 S.1.O.1 | Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità | 9% dei ricoveri oncologici e 18% dei non oncologici erogati oltre i tempi inclusi i privati accreditati (Fonte Azienda Zero) | Performance aziendale di miglioramento temo mendio e percentuale ricoveri nei tempi pari a 6 su 100 | >90% | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | DMO e Integrazione Percorsi Ospedalieri (UOSD) e Tutte le UOC Chirurgiche |
| Macro-obiettivo 1.6 Attività Sociosanitaria e Sociale | Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale | Piani di Zona | Rispetto degli impegni assunti tramite la sottoscrizione dei Piani di Zona | Approvazione "Piano di Zona Straordinario" | Ripianificazione e rispetto dei Piani | Ripianificazione e rispetto dei Piani | DSS | Direttore dei Servizi Socio Sanitari | UOC Sociale |
| | Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale | DGR 1702/2022 A.2.D.1 (A.D. D27C) | D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | 6,08 | 5,71 | <5 (punteggio parziale se <7) | DSS | Direttore dei Servizi Socio Sanitari | UU.OO. Dipartimento Salute mentale |
| | | DGR 709/2022 Q.D.3.5 | Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ. | - | n.d. | Completamento attuazione della programmazione | DSS | Direttore dei Servizi Socio Sanitari | Dipartimento Salute mentale |
| | Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani | DGR 1702/2022 Q.6.T.5 (D33Z) | D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti | - | 55,49 | > 41 per 1.000 (parziale se > 24,6) | DSS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC: Non Autosufficienza |
| | | DGR 1702/2022 Q.6.T.1 | Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer | - | Raggiunto | Partecipazione ad almeno il 60% degli incontri con il Coordinamento Regionale | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | U.O. Neurologia Ospedale di Villafranca |
| | | DGR 1702/2022 Q.6.T.2 | Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda | - | Delibera adottata | Adozione del piano di miglioramento triennale | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UU.OO. Neurologie |
| Obiettivo 1.6.4: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Disabili | DGR 1702/2022 Q.6.T.3 | Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante "differenza tra la data dell'ultima valutazione e il periodo (anno e fase) di invio del flusso, maggiore di due anni (DGR 1804/2014)" | - | 0,04% | <5% | DSS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Non Autosufficienza | |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|---|---|---|---|-----------------|------|--|--------------------------|---|---|
| | | | nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini | | | | | | |
| | Obiettivo 1.6.5: Erogazione di attività Socio-sanitaria Area Minori | DGR 1702/2022 Q.6.T.4 | Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini | - | n.d. | Rispetto dei criteri regionali | DSS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Infanzia, Adolescenza, Famiglia |
| | Obiettivo 1.6.6: Erogazione di attività Socio-sanitaria Area Tossicodipendenti | DGR 1702/2023 Q.6.T.6 | Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA | non applicabile | n.d. | Rispetto dei criteri regionali | DSS | Direttore della Funzione Territoriale | Dipartimento Dipendenze |
| Macro-obiettivo 1.7 Aspetti relazionali con gli utenti | Obiettivo 1.7.1: Corretta rappresentazione delle informazioni per l'utenza sul sito aziendale | Obiettivo Aziendale | Aggiornamento dei dati pubblicati sul sito aziendale e aggiornamento condiviso con l'équipe della carta dei servizi per ciascuna Unità operativa | Si | Si | Si | DS/DSS/DA | Direttore Generale | UOS URP Comunicazione e Marketing |
| | Obiettivo 1.7.3: Misurazione della qualità percepita dagli utenti | DGR 1702/2023 Q.15.S.1 | Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS) | - | n.d. | Tasso di adesione superiore alle aziende sperimentatrici | DA/DS/DSS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UOS URP Comunicazione e Marketing |
| | | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione C2 | Corretta gestione della Comunicazione verso i cittadini | | n.v. | Relazione sulle attività di relazione con il pubblico | DA/DS/DSS | Direttore Generale | UOS URP Comunicazione e Marketing |
| Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico | Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione B4 | Attuazione della Rete infettivologica (DGR n. 426/2020 PAGR 520 (DGR 29/CR del 10 marzo 2020) | | n.v. | Relazione sullo stato di attuazione della Rete infettivologica | DS | Direttore Sanitario | UOS Osservatorio Infettivologico |
| Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria | | | | | | | | | |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|---|--|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|
| Macro-obiettivo 2.1 Equilibrio Economico | Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio | DGR 1702/2023 E.S.PRE_1 | Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato | -985.555,84 € | 1.430 € | Rispetto dell'equilibrio economico programmato o aumento dei costi <1,3% | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Contabilità e Bilancio |
| | Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo prefissato | DGR 1702/2023 E.3.S.1 | Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT | ≤ 0 (al netto dei maggiori costi connessi all'emergenza Covid-19) | Rispettato al 3 CECT | ≤ 0 | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Contabilità e Bilancio |
| | | DGR 1702/2023 Q.7.O.1 | Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria | MDC 05 760 MDC 08 3.806 | n.d. | Valore inferiore del 10% al massimo semestrale 2018-2019 negli MDC 05 Sistema Circolatorio e 08 Osteomuscolare e Connettivo | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Direzioni Mediche Ospedaliere (UU.OO.CC. Ortopedia e UU.OO.CC. Cardiologia) |
| | | DGR 1702/2023 E.1.S.6 | Costi Sperimentazioni cliniche | | | Rispetto degli adempimenti regionali | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale |
| Macro-obiettivo 2.2 Rispetto dei Limiti di Costo | Obiettivo 2.2.1: Rispetto dei vincoli economici in materia di personale | DGR 1702/2023 E.2.S.1 | Rispetto degli obiettivi di costo del personale | € 292.752.971 | € 294.513.420,18 (non definitivo per costi applicazione nuovo CCNL) | 303.663.565 | DA | Direttore Amministrativo | UOC Risorse Umane |
| | | DGR 1702/2023 E.2.S.2 | Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 (trasmesso a tutte le aziende ed enti del SSR con nota della Direzione Risorse Umane del SSR prot. n.381339 del 29 agosto 2022 unitamente alla DGR n. 1047 del 23 agosto 2022) in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017 | | | Rispetto degli adempimenti regionali | DA | Direttore Amministrativo | UOC Risorse Umane |
| | | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione E3 | Rispetto delle disposizioni in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Normativa di riferimento: DGR n. 417/2022 PAGR 150 DGR 23/CR del 15 marzo 2022) | | | ≤ soglia assegnata con provvedimento regionale | DSS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UOC Risorse Umane ED UOS Convezioni |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|--|-------------------------------|--|---|---|--|--------------------------|---|---|
| | Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari | DGR 1702/2023 E.1.S.1 | Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci | € 79.907.996 (esclusi farmaci innovativi) | € 83.930.710 (esclusi farmaci innovativi) | € 83.930.710 (esclusi farmaci innovativi) | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi |
| | | DGR 1702/2023 E.1.S.2 | Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD | € 35.754.248 (escluso DPC IVD) | € 38.493.490 (compreso DPC IVD € 1.094.264) | € 38.118.828 (compreso DPC IVD 1.094.264) | DS/DA | Direttore della Funzione Ospedaliera | UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi |
| | Obiettivo 2.2.3: Rispetto dei limiti di costo regionali sull'assistenza territoriale | DGR 1702/2023 E.1.S.3 | Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata | € 90.167.374 | € 89.346.542 | € 89.346.542 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2023 E.1.S.4 | Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa | € 26,10 | € 26,40 | € 26,00 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOS Protesica e UOC Farmaceutica Territoriale |
| | | DGR 1702/2023 Q.13.S.1 | % di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT | - | n.v. | Audit di almeno il 5% di Pianit Terapeutici cartacei | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale |
| | | DGR 1702/2023 Q.13.S.1 (D14C) | D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici | 8,7 per mille | 10,02 | < 7,86 (valore medio tra le tre migliori performances aziendali anno 2021) | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie |
| | | DGR 1702/2023 Q.13.S.1 | Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016 | inferiore a 9 | -5,03% | Riduzione delle DDD/giornata di degenza > 5% rispetto al 2016 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere |
| Macro-obiettivo 2.3 Gestione delle risorse finanziarie | Obiettivo 2.3.1: Rispetto dei tempi di pagamento: tempestività dei pagamenti ai sensi dell' art 41 D.L. n. 66/2014 | DGR 709/2022 E.4.S.2 | Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento | -28,98 | -15,69 | ≤ 20 gg | DA | Direttore Amministrativo | Tutte UO con Centro Liquidatore |
| | | DGR 709/2022 E.4.S.1 | Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto | 2,53% | 1,00% | 0% (parziale se <3%) | DA | Direttore Amministrativo | Tutte UO con Centro Liquidatore |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|---|---|--|--|-------------------|---------------------------------------|---|--------------------------|---|--|
| Area strategica 3: Informatizzazione e Flussi Informativi | | | | | | | | | |
| Macro-obiettivo 3.1 Fascicolo Sanitario Elettronico | Obiettivo 3.1.1: Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr | DGR 1702/2023 S.3.S.1 | Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico | 97,00% | 0,00% | >= 50% per tutti i documenti previsti nelle Linee Guida pubblicate nella gazzetta n. 160 del 11/07/2022 | DS/DA | Direttore Amministrativo | UOS Sistemi Informativi |
| Macro-obiettivo 3.2 Qualità e Completezza dei Flussi Informativi | Obiettivo 3.2.1: Rispetto degli indicatori di tempestività, qualità e completezza dei flussi informativi | DGR 1702/2023 Q.11.S.1 | Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati | 100% | 5 indicatori critici su 61 a nov 2022 | Rispetto degli standard regionali | DA/DS/DSS | Direttore Generale | UOC Controllo di Gestione |
| | | DGR 1702/2023 Q.4.P.1 | % di registrazione nel sistema informativo regionale centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021 | | | Rispetto degli adempimenti regionali | DS | Direttore del Dipartimento di Prevenzione | UOSD DAP e tutte UO Prevenzione con flussi |
| | Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero) | DGR 1702/2023 S.4.S.1 e V Commissione 2022 F3 | Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR | Scadenze rinviate | Scadenze rispettate | Rispetto delle tempistiche aggiornate del progetto | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOS Sistemi Informativi* |
| Macro-obiettivo 3.3 Cyber Security | Obiettivo 3.3.1: Rispetto degli standard di sicurezza | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione F2 | Implementazione gestione Cyber security. Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria | | n.v. | Si | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOS Sistemi Informativi |
| Area strategica 4: Organizzazione Aziendale | | | | | | | | | |
| Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali | Obiettivo 4.1.1: Omogeneizzazione delle procedure e dei processi amministrativi | DGR 1702/2023 E.4.S.6 | Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte | 100,00% | 100,00% | 100,00% | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Affari Generali |
| | | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione C1 | Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare | Si | Si | Si | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Affari Generali |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|--|---|---|--|---|----------------------------|--|--------------------------|---|---|
| | Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line | DGR 709/2022 E.S.5.1 | % di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto | | n.d. | >=80% | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOS Specialistica e UOS Sistemi Informativi |
| | Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management | DGR 709/2022 E.S.6.1 | Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie | Adempimento parziale a causa di problemi tecnici che impediscono il completo monitoraggio che saranno superate con il SIO | Raggiunto | Creazione di un Gruppo di lavoro, Analisi e misurazione indicatori | DS | Direttore della Funzione Ospedaliera | UOSD Integrazione percorsi ospedalieri |
| | Obiettivo 4.1.5: Sviluppo e Gestione di sistemi per la qualità e per l'Accreditamento | DGR 1702/2023 E.4.S.4 | Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche | - | 100,00% | 100% rapporti di verifica inviati | DA/DS/DSS | Direttore della Funzione Ospedaliera | Ufficio Qualità e Accreditamento |
| | | DGR 1702/2023 Q.13.S.1 | Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza | 4.153 segnalazioni di cui 168 da farmaci | 945 di cui 68 solo farmaci | Tasso per milione di abitanti > 500 di cui solo farmaci > 300 | DS | Direttore della Funzione Territoriale | UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale |
| Macro-obiettivo 4.2 Organizzazione del Lavoro | Obiettivo 4.2.3: Miglioramento del Benessere organizzativo | DGR 709/2022 Q.S.1.1 | Azioni per il miglioramento del Clima Interno | Sospesa | Effettuata indagine | Attuazione Piano Aziendale | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Risorse Umane |
| | Obiettivo 4.2.4: Formazione del Personale | DGR 1702/2023 S.3.S.2 | Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP | | | Rispetto degli adempimenti regionali | DA/DS/DSS | Direttore Generale | UOS Formazione |
| | Obiettivo 4.2.4: Formazione del Personale | DGR 1702/2023 Q.12.S.1 | Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM | | | Rispetto degli adempimenti regionali | DS | Direttore Sanitario | UOC Direzione Professioni sanitarie |
| Macro-obiettivo 4.3 Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e | Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR | Obiettivi 2022 assegnati V Commissione E2 | Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma | | n.d. | Sì | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| | | DGR 1702/2023 S.3.S.3 | Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt | - | n.d. | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |

| Macro-Obiettivo | Obiettivo | Fonte | Indicatore | 2021 | 2022 | 2023 | Direzione di riferimento | Struttura di afferenza per la negoziazione del Budget | Unità Operativa "Capofila" |
|---|--|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|---|--------------------------|---|---------------------------------------|
| lavori pubblici | | DGR 1702/2023 S.3.O.1 | M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024 | - | n.d. | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOS Ingegneria Clinica |
| | | DGR 1702/2023 S.3.D.1 | M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023 | - | Presentazione progetti definitivi | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| | | DGR 1702/2023 S.3.D.2 | M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023 | - | n.d. | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| | | DGR 1702/2023 S.3.D.3 | M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023 | - | Presentazione dei progetti definitivi | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| | Obiettivo 4.3.3: Gestione Investimenti | DGR 1702/2023 S.2.O.2 | Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022 | - | n.d. | Rispetto delle Scadenze Previste | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| | | DGR 1702/2023 E.4.S.3 | Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023 | - | n.d. | Presentazione istanze di autorizzazione all'alienazione per l'anno in corso | DA/DS/DSS | Direttore Amministrativo | UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali |
| Macro-obiettivo 4.4 Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza | Obiettivo 4.4.1: Rispetto normativa Anticorruzione - Applicazione del PTPCT | Disposizioni nazionali Anticorruzione | Revisione ed aggiornamento delle procedure. Attivazione del controllo per rischi rossi/ocra. Definizione di una misura specifica (indicatore) per ogni controllo con individuazione di: scadenza attuazione; responsabilità; indicatore; valore target. | Attività secondo il Piano triennale | n.d. | Attività secondo il Piano triennale | DA/DS/DSS | Direttore Generale | Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione |
| | Obiettivo 4.4.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti | DGR 1702/2023 E.4.S.7 | Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza | 100% | 20,00% | 100% | DA/DS/DSS | Direttore Generale | Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione |
| | Obiettivo 4.4.5: Garantire il rispetto delle disposizioni normative nell'ambito della privacy | Obiettivo Aziendale | Adeguamento organizzativo ed applicazione nuovi regolamenti aziendali | Codice di condotta per l'utilizzo di dati sulla salute a fini didattici e di pubblicazione scientifica | n.d. | manutenzione del registro dei trattamenti | DA | Direttore Amministrativo | UOC Internal Auditing |

* L'UOS Sistemi Informativi è capofila naturale per gli obiettivi delle attività propedeutiche al SIO. A seguito dell'avvicendamento del Dirigente responsabile dell'UOS, il coordinamento di tali attività è rimasto assegnato al Precedente Dirigente (Attualmente responsabile dell'UOC Internal Auditing), come obiettivo di carattere personale

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 3 "Anticorruzione: Dettaglio sulle Frodi"

La diffusione e gli effetti del fenomeno corruttivo sono stati oggetto di studi anche relativi al nostro Paese, che hanno messo in luce uno scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che evidenzia il carattere sommerso del fenomeno e i notevoli effetti che il fenomeno corruttivo produce sull'economia e sulla crescita.

Complessivamente, le indicazioni provenienti dalle organizzazioni sovranazionali in materia di prevenzione della corruzione, evidenziano l'esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi obiettivi sono perseguiti attraverso la previsione di varie misure di prevenzione, che nell'ambito del nostro ordinamento sono state disciplinate mediante la l. n. 190 del 2012 e le successive normative di settore.

La frode, intesa come, ogni atto intenzionale o deliberato, finalizzato ad ottenere un vantaggio (generalmente di tipo economico) attraverso l'astuzia, l'inganno e altri sotterfugi simili, ha un perimetro molto ampio, che include sia le frodi finalizzate alla commissione dei reati, sia quelle commesse a qualsiasi titolo nell'interesse o vantaggio dell'ente o a suo danno. In particolare sono state prese in esame le Frodi interne o occupazionali: (occupational crime), commesse per finalità di arricchimento personale nell'ambito dello svolgimento dell'attività lavorativa (dipendenti, collaboratori a vario titolo).

Secondo uno degli approcci maggiormente condivisi (Report to the Nation on Occupational Fraud and Abuse) è possibile ricondurre ciascun schema di frode interna a tre macro-categorie:

- **Corruzione**
- **Appropriazione indebita**
- **Falsa informativa finanziaria**

La CORRUZIONE è riconducibile a schemi di frode caratterizzati da comportamenti illegali/illegittimi volti a favorire vantaggi ingiusti ovvero, dall'uso scorretto dell'influenza per ottenere un vantaggio per l'attore o un'altra persona, contrariamente al dovere o ai diritti degli altri:

Bribery: corruzione tra pubblico-privato
Illegal Gratuity: regalie illegali
Conflict of Interest: conflitto di interesse
Economic Extortion: estorsione

L'APPROPRIAZIONE INDEBITA è riconducibile a schemi di frode caratterizzati dalla presenza di un soggetto che sottrae o utilizza impropriamente le risorse dell'azienda a proprio beneficio occultando il proprio intento fraudolento con il ricorso a pratiche mistificatorie.

La particolare posizione e qualifica rivestita dal frodatore ha un ruolo fondamentale.

LA FALSA INFORMATIVA FINANZIARIA è riconducibile a schemi di frode caratterizzati dalla deliberata falsificazione della situazione finanziaria di un'impresa compiuta mediante errori intenzionali o omissione al fine di ingannare i destinatari delle dichiarazioni.

Sono tipicamente riconducibili a due categorie di misrepresentation:

- Sovra valutazione di Attivo o Ricavi
- Sotto valutazione di Passivo o Costi

L'Azienda, per proteggersi e proteggere i suoi stakeholders, in maniera efficiente dal rischio di frode, ha prima di tutto tentato di comprendere questi rischi specifici, per pervenire ad una strutturata valutazione del rischio di frode, impostata sulle dimensioni, complessità, obiettivi dell'Azienda e aggiornata in maniera periodica.

E' stato inoltre considerato che un efficiente processo di identificazione del rischio di frode include una valutazione degli incentivi, pressioni e opportunità esistenti per commettere una frode.

Altri fondamenti assunti nell'analisi sono stati:

- La frode è la premessa per la commissione dei reati o di un danno per l'ente, la prevenzione è condizione necessaria per ridurre o annullare la probabilità delle frodi e non alimentare un possibile presupposto del reato;
- **La prevenzione e individuazione** delle frodi sono collegate, ma non sono la stessa cosa, infatti
 - o **la prevenzione** è incentrata sulle policies, procedure, formazione e comunicazione che impediscono che le frodi avvengano
 - o **l'individuazione** è incentrata su attività e programmi che riconoscono tempestivamente se sta avvenendo o è avvenuta una frode;
- La prevenzione è più efficace, considerando che:
 - l'individuazione della frode a consuntivo è difficile, spesso casuale e quantificabile per difetto;
 - l'individuazione dei responsabili - con gli adeguati supporti per le conseguenti azioni legali e di recupero del danno materiale subito - è molto onerosa.

In conclusione, la finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, disciplinata nel presente documento, in accordo con le best practice, è prevedere l'esistenza di un programma attivo di *Fraud Risk Management*, corredato da procedure scritte a garanzia del coinvolgimento del top e del senior management nelle attività di gestione dello stesso, rivolto a consentire l'emersione delle aree e dei relativi processi/procedimenti a rischio di corruzione medio/alto, che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove, utilizzando tecniche preventive idonee a identificare potenziali schemi di frode, prevenendone gli impatti nell'Azienda.

La sotto-sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza", continua pertanto a prevedere la progressiva mappatura di tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

Sarà inoltre oggetto di interesse lo sviluppo di indicatori idonei a monitorare il verificarsi di eventi anomali qualora il sistema di prevenzione non dovesse funzionare.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Allegato 4 "Anticorruzione: Dettaglio
contesto esterno"**

La Camera di Commercio di Verona è costantemente impegnata a seguire, con i dati che man mano hanno a disposizione, l'evolversi della congiuntura economica e dello stato di salute delle imprese della provincia di Verona.

I dati di questa edizione mettono in luce i segnali di ripresa rispetto al 2020, primo anno di pandemia, per alcuni dei più significativi indicatori economici: per le imprese si registra un tasso di sviluppo annuale del +0,9%, con un saldo tra iscrizioni e cancellazioni di +883 unità; le esportazioni hanno superato i livelli pre-Covid (+12,3% rispetto al 2019). In forte aumento su base annua anche le presenze turistiche che — pur non recuperando i livelli del 2019 — hanno registrato nei mesi estivi ottimi risultati, soprattutto per quanto riguarda i turisti italiani. Non dobbiamo tuttavia ignorare ciò che sta accadendo in questi mesi: il conflitto in Ucraina, l'aumento dei costi delle materie prime ed energetiche e l'inflazione preoccupano cittadini e imprese. Il clima di incertezza ci porta dunque a guardare con soddisfazione ai risultati del 2021, ma con molta prudenza a quelli stimati del 2022.

Nell'ambito dell'analisi dei dati economici e delle statistiche pubblicati dalla Camera del Commercio di Verona si riportano qui di seguito, perché considerate particolarmente significative per l'analisi del contesto esterno, le informazioni sul territorio e l'occupazione lavorativa.

I dati della media 2021 della rilevazione sulle forze di lavoro per la provincia di Verona indicano un tasso di disoccupazione pari al 4,7%, inferiore al dato regionale (5,3%) e a quello nazionale (9,5%). Il tasso di disoccupazione fem-minile (4,8%) diminuisce rispetto al dato 2020 avvicinandosi a quello maschile (4,6%) che invece aumenta rispetto all'anno precedente.

- Il 5,5% degli occupati lavora nell'agricoltura,
- il 24,3% nell'industria,
- il 5,7% nelle costruzioni,
- il 13,8% nel commercio,
- il 50,7% nei servizi.

**Verona. Persone occupate, in cerca di occupazione e inattive –
 Anno 2021 (medie annuali)**

| | |
|---|------------|
| Occupati – (migliaia) | 404 |
| Tasso di occupazione – 15 – 64 anni (%) | 66,6% |
| Persone in cerca di occupazione – (migliaia) | 20 |
| Tasso di disoccupazione | 4,7% |
| Non forze lavoro: 15-64 anni (migliaia) | 177 |
| Tasso di inattività 15-64 anni (%) | 30,0% |
| Forze di lavoro (migliaia) | 424 |
| Tasso di attività – 15 – 64 anni (%) | 70,0% |

Fonte: ISTAT (Indagine Forze Lavoro, media anno 2021), INPS

Al 31 dicembre 2021, le imprese registrate alla Camera di Commercio di Verona sono state 96.671, le imprese attive 86.476. Le localizzazioni (sedi di impresa più unità locali) sono arrivate a 117.849 unità. L'andamento demografico delle imprese si è chiuso in modo molto positivo con un saldo di 883 unità: 5.153 iscrizioni contro 4.270 cancellazioni, anche se l'entità delle iscrizioni e cessazioni non ha ancora raggiunto i valori prepandemia. Nel corso dell'anno appena

trascorso abbiamo assistito ad un aumento delle iscrizioni del +9,3%, e ad una diminuzione delle cessazioni del -9,4%, rispetto a quelle registrate nel 2020. Il tasso di evo-luzione è stato del +0,9%.

La distribuzione percentuale delle imprese registrate tra i diversi macrosettori economici evidenzia la predominanza dei servizi (esclusi i servizi di alloggio e ristorazione) che con 26.962 imprese rappresentano il 27,9% del tessuto imprenditoriale veronese. Segue il commercio che conta 19.639 imprese ed arriva ad una quota del 20,3%.

L'agricoltura registra un'incidenza pari al 15,8% per 15.263 sedi di impresa, le costruzioni pesano per il 14,9% con 14.357 imprese.

Il settore industriale, che comprende le attività manifatturiere in senso stretto e quelle estrattive, nonché le multiutilities (energia, reti idriche, rifiuti), conta complessivamente 9.597 imprese (il 9,9% del totale imprese), mentre i servizi di alloggio e ristorazione incidono per il 7,5% (7.206 imprese).

Dal punto di vista settoriale si registra, al 31 dicembre 2021, una variazione positiva dello stock delle imprese registrate su base annuale per i servizi alle imprese e alle persone, +2,2% (+576 imprese) e per il settore delle costruzioni (+1,2%, +172 imprese), e una sostanziale tenuta dei servizi di alloggio e ristorazione (+0,2%).

Negativa, con risultati di poco inferiori allo zero, è invece la variazione annuale per gli altri settori:

- -0,5% per l'agricoltura,
- -0,6% per il commercio all'ingrosso e al dettaglio,
- -0,7% per l'industria.

Tra le imprese registrate alla Camera di Commercio di Verona:

- 81.197 sono italiane (pari all'84,0%),

- 12.458 (corrispondenti ad una quota del 12,9%) quelle a conduzione straniera, queste ultime sono in crescita, nonostante la crisi in atto, con un tasso di evoluzione annuale del +4,4%.

In particolare, le imprese "comunitarie" sono 3.121 (il 25,0%), quelle "extra-UE" sono 9.289 (il 74,6%), cui si aggiunge una minima percentuale di "non classificate" (48 imprese lo 0,4%).

Il saldo tra iscrizioni e cessazioni per il complesso delle imprese straniere nel 2021 è positivo: +527 unità, per lo più imprese individuali (+284 unità) e società di capitali (+233 unità nell'anno).

Fonte: Elaborazione su dati Istat e Unioncamere-Centro Studi delle Camere di Commercio Guglielmo Tagliacarne

Il contesto economico, sociale e demografico della ULSS 9 Scaligera, conserva una forte competizione tra pubblico e privato.

La competizione avviene anche all'esterno del SSN, quando il settore privato offre gli stessi servizi con maggiore tempestività, comfort e qualità (percepita) rispetto al settore pubblico. Le aree in cui la concorrenza è più accesa sono quelle dei servizi ospedalieri, diagnostici, specialistici, riabilitativi.

All'interno del SSN, il settore privato detiene la maggiore quota nei **ricoveri ospedalieri (64%)** e nei **servizi socio-sanitari a favore delle persone fragili (96.1%)**.

Anche per i **servizi medico-specialistici e diagnostici** il settore privato (**60%**) ha una maggior quota di quella dei privati (**37%**).

Nei servizi di prevenzione e sanità pubblica, data la natura stessa di "beni pubblici", il SSN ha invece il monopolio (100%). Ai produttori privati convenzionati sono interamente affidate, invece, la medicina di base, la farmaceutica (100%), l'assistenza protesica e termale (circa 100%).

Manca quindi un equilibrato mix tra produzione pubblica e privata, la libertà di scelta dei pazienti in un ambiente competitivo, da un lato può stimolare l'emulazione e il miglioramento continuo della qualità dall'altro dimostra che la preferenza va dove sono maggiori le risorse disponibili. Sarebbero forse da ripensare le modalità di operare dell'amministrazione pubblica e le regole per una leale convivenza tra pubblico e privato.

5 dicembre 2022 – La diplomazia giuridica al servizio della pace e della sicurezza nazionale: l'impegno dell'ITALIA nel contrasto alla corruzione

Il titolare del Viminale ha partecipato con i ministri Tajani e Nordio, all'incontro dal titolo "L'impegno dell'Italia nel contrasto alla corruzione"

«Corruzione e criminalità sono intimamente connesse, due aspetti dello stesso fenomeno, un tutt'uno», così in sintesi il pensiero espresso dal ministro dell'Interno Matteo Piantedosi al primo incontro che inaugura i "Global Days" - una serie di iniziative incentrate su temi di interesse internazionale per condividere conoscenze e buone pratiche - organizzato dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, nel corso della sessione "La Diplomazia Giuridica al servizio della Pace e della Sicurezza Internazionale: l'impegno dell'Italia nel contrasto alla corruzione".

«La criminalità organizzata oggi utilizza sempre di più la corruzione sostituendola all'intimidazione e alla violenza», ha spiegato il titolare del Viminale evidenziandone la pericolosità, legata anche alla sottovalutazione di questo aspetto. «La corruzione, infatti, permea tutti gli ambiti della società, coinvolgendo i colletti bianchi, 'cannibalizzando' i soggetti privati e utilizzandone il 'volto pulito'. In questo modo si creano le premesse per ripulire le somme di denaro di origine illecita, che con il riciclaggio vengono rese "fruibili" in un schema criminale in cui il riciclaggio stesso rappresenta dunque il risultato finale».

«Il PNRR è un'occasione imperdibile, ci sono 235 miliardi di euro a disposizione e non ci possiamo permettere di sprecarla. Abbiamo messo in campo la massima prevenzione per cogliere i segnali di pericolo», ha ribadito il ministro.

Ha quindi concluso ricordando che, in base a recenti sondaggi europei basati sul sentiment dei cittadini, «l'Italia è apparsa in classifiche internazionali come Paese a forte indice di corruzione ma, se tale percezione è importante, un recente Report del Gruppo di lavoro OCSE sul fenomeno ha contemporaneamente elogiato l'azione dell'Italia del comparto law enforcement negli ultimi anni e segnalato, come eccellenza, l'istituzione del Tavolo di coordinamento inter-istituzionale sull'anticorruzione internazionale».

13 Dicembre 2022 - Convegno di camera di commercio e associazione Avviso pubblico, il prefetto: 12 interdittive antimafia nel 2022

Sono 12 le interdittive antimafia adottate, a oggi, dalla Prefettura di Verona nei confronti di aziende del territorio oggetto di tentativi di infiltrazione mafiosa, su un totale di 40 provvedimenti dello stesso tipo emessi dal 2015. I dati sono stati illustrati ieri dal prefetto Donato Cafagna nel suo intervento al convegno "Dinamiche di infiltrazione e radicamento mafioso nell'economia e sul territorio. Quali azioni di prevenzione mettere in atto? Focus sulle inchieste Isola scaligera e Taurus" organizzato dalla Consulta della legalità della locale camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura in collaborazione con l'associazione Avviso pubblico.

Evidenziano una situazione - caratterizzata anche dalle 1.096 operazioni finanziarie sospette nei primi mesi del 2022 a fronte delle 1.965 del 2021, secondo i numeri forniti dall'Unità di informazione finanziaria della Banca d'Italia - attentamente monitorata dalla prefettura in particolare rispetto al rischio di esposizione del territorio provinciale alle mire della criminalità organizzata.

Questo soprattutto a fronte delle grandi opere in corso a livello locale, «come l'alta velocità, il nodo ferroviario di Verona e il tronco nord verso il Brennero, che faranno confluire nella nostra provincia diversi centinaia di milioni di euro», ha sottolineato il prefetto, evidenziando l'importanza dell'attività del gruppo investigativo antimafia (GIA), l'organismo interistituzionale - composto da Forze dell'ordine, Direzione investigativa antimafia (DIA), ispettorato territoriale del Lavoro e provveditorato Opere pubbliche- operativo in ogni prefettura e coadiuvato, a Verona, da un tavolo ristretto di supporto con il compito di intercettare eventuali «elementi sintomatici di inquinamento criminale attraverso l'analisi di fenomeni e collegamenti economico-finanziari» con le aziende del territorio.

«A questo si aggiunge il PNRR, che porterà sul territorio altre risorse, non per grandi opere ma per interventi diversi che vedono coinvolti i comuni», ha sottolineato ancora il titolare dell'ufficio territoriale del governo, ricordando che

«è previsto che si insedino nelle prefetture dei presidi territoriali con il compito di monitorare l'andamento di queste opere e dare supporto alle pubbliche amministrazioni, affinché possano svolgere il loro lavoro», con riferimento agli organismi previsti dal protocollo sottoscritto a ottobre scorso dal dipartimento per gli Affari interni e territoriali del ministero dell'Interno e la Ragioneria Generale dello Stato (ministero Economia e Finanze).

Attenzione alta, dunque, rispetto a un territorio e a un tessuto produttivo ricco di aziende ma tuttavia toccato anch'esso dalla crisi economica e quindi più esposto a organizzazioni criminali come la 'ndrangheta, è emerso dagli interventi dei rappresentanti delle Forze dell'ordine e della Dia che hanno ripercorso l'iter delle due maxi-operazioni antimafia ricordate nel titolo del convegno, Isola Scaligera e Taurus, sottolineando come uno dei core-business sia lo spaccio di droga con il conseguente riciclaggio dei proventi illeciti.

Dall'operazione TAURUS:

"...Secondo quanto riferito dall'Arma dei Carabinieri, i provvedimenti nascono da un'attività investigativa partita nel 2013, anche con il riscontro delle dichiarazioni di un collaboratore di giustizia, per ricostruire un traffico di droga diretto verso il Veneto e successivamente ampliata per accertare l'eventuale presenza in quella regione di strutture legate 'ndrangheta.

Le indagini, riportano sempre i carabinieri, avrebbero consentito di accertare la presenza di una associazione 'ndranghetistica stanziata a Sommacampagna almeno dal 1981 e riconducibile alle famiglie Gerace, Albanese, Napoli e Versace, originarie della piana di Gioia Tauro, in provincia di Reggio Calabria e con ramificazioni in diversi comuni della provincia di Verona: Villafranca, Valeggio sul Mincio, Lazise e Isola della Scala. Stando a quanto riportato dalle forze dell'ordine, sarebbero emersi importanti elementi di responsabilità di partecipazione all'associazione mafiosa, con un'articolata divisione dei compiti al suo interno, oltre ad una connessione con il "Crimine di Polsi" in Calabria, che per gli investigatori confermerebbe ulteriormente il carattere unitario della 'ndrangheta.

Le indagini avrebbero anche evidenziato concreti elementi di un'ostinata capacità di intimidazione e conseguente assoggettamento delle vittime, che sarebbe stato realizzato nel tempo attraverso la commissione di un sistematico e rilevante numero di reati (in particolare estorsioni ed usura), acclarando anche la realizzazione di un vorticoso giro di false fatturazioni per operazioni inesistenti. Inoltre sarebbero stati documentati diversi episodi di riciclaggio, che secondo gli inquirenti avrebbero avuto luogo attraverso società di cui i formali titolari si servivano, avvalendosi anche della complicità dei loro interlocutori, per trarre il proprio personale tornaconto.

Dal quadro emerso dalle indagini le forze dell'ordine ipotizzano la capacità del sodalizio di acquisire, direttamente o indirettamente, la gestione e il controllo di attività economiche nei più svariati settori (in particolare costruzioni edili e movimento terra, impiantistica civile ed industriale, servizi di pulizia e di affissione della cartellonistica pubblicitaria, commercio di autovetture e materiali ferrosi, nonché trasporti su gomma) anche in collegamento con individui vicini alla cosca Grande Aciri di Cutro (provincia di Crotone) stanziati nella provincia di Verona. Gravi elementi infine sarebbero emersi in ordine alla gestione, da parte degli indagati, di un traffico di stupefacenti che sarebbe stato sviluppato nel veronese attraverso due canali di approvvigionamento: uno in Calabria e l'altro facente capo ad appartenenti a gruppi criminali albanesi e sloveni. Grossi quantitativi di cocaina e marijuana sono stati infatti sequestrati nel corso delle attività...."

Giovedì 3 Novembre 2022, ore 19:14

Gli interventi del direttore centrale della Polizia criminale Rizzi e del direttore della DIA Vallone

Il confronto tra le diverse Forze di Polizia sia come metodo di lavoro per l'analisi delle minacce transnazionali alla sicurezza degli Stati che come scambio di esperienze, per un contrasto ancora più efficace al processo di metamorfosi delle mafie e alla relativa capacità di resilienza.

Questa la linea indicata dal vicedirettore generale della Pubblica Sicurezza, direttore centrale della Polizia Criminale, Vittorio Rizzi questa mattina a Tirana aprendo i lavori del meeting strategico dei capi della Polizia dei sei Paesi aderenti al progetto regionale "Contouring Serious Crime in the Western Balkans IPA/2019": Albania, Bosnia, Kosovo, Montenegro, Nord Macedonia, Serbia.

In accordo sulla medesima linea, sottolineando l'importanza della cooperazione internazionale, Anna Vezyroglou, intervenuta al meeting in rappresentanza della DG Near della Commissione Ue.

L'obiettivo dell'incontro, incentrato sulla minaccia cyber, è delineare un quadro comparativo delle strategie in atto, sia per mettere a fattor comune le iniziative già adottate da alcuni Paesi sia per l'eventuale attivazione di più elevati standard di risposta. Questo a fronte di uno scenario nel quale diversi Paesi nell'ultimo periodo hanno subito diversi cyberattacchi, rispetto ai quali la strategia di contrasto deve passare attraverso la cooperazione internazionale come strumento determinante, anche per aumentare la consapevolezza della minaccia e diffondere maggiormente la cultura della cybersicurezza.

Durante il panel, al quale hanno partecipato esperti in cyber sicurezza dei Paesi intervenuti, è stato presentato il modello italiano per la protezione delle infrastrutture critiche, a cura della Polizia postale e delle comunicazioni, dove opera il CENTRO NAZIONALE ANTICRIMINE INFORMATICO PER LA PROTEZIONE DELLE INFRASTRUTTURE CRITICHE (CNAIPIC), e dell'ufficio Protezione dati della direzione centrale della Polizia criminale, nel quale è attivo il CYBER SECURITY OPERATION CENTER, struttura operativa d'eccellenza che presiede 24h su 24 la sicurezza dei sistemi informativi interforze per poter intervenire attivando immediatamente le procedure previste in caso di "data-breach".

Durante il meeting è stato anche illustrato, con l'intervento del direttore della Direzione investigativa antimafia (Dia), Maurizio Vallone, lo stato di implementazione delle componenti di Polizia del progetto IPA 2019 e del progetto @ON, guidato dalla (Dia), finalizzato alla lotta contro i gruppi organizzati criminali di stampo mafioso.

Il progetto "Contouring Serious Crime in the Western Balkans IPA/2019", finanziato dalla Commissione europea, è guidato da un consorzio di cui il ministero dell'Interno italiano è capofila con due partner, il Center for International Legal Cooperation Olandese (Cilc) e la German Society for International Cooperation (Giz).

I fatti confermano la concentrazione degli episodi di corruzione nelle aree di rischio che l'ANAC individua come generali e obbligatorie (contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale e provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario) e che l'ULSS 9 Scaligera ha incluso nel processo di gestione del rischio, unitamente ad altre aree che attengono alla specifica attività dell'Ente (in particolare l'area della sorveglianza e controlli e l'area dei provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario).

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 5 “Anticorruzione: Dettaglio mappatura dei processi aziendali”

La Regione Veneto ha identificato i processi aziendali necessari per lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno sinergici anche all'attività di revisione volontaria del bilancio, raccolti in un Elenco di 40 processi principali, che trovano corrispondenza nel Piano dei Conti Aziendale.

L'ERM, che tratta dei rischi e delle opportunità che influenzano la creazione o la preservazione di valore, è definito come segue:

"La gestione del rischio aziendale è un processo, posto in essere dal consiglio di amministrazione, dal management e da altri operatori della struttura aziendale; utilizzato per la formulazione delle strategie in tutta l'organizzazione; progettato per individuare eventi potenziali che possono influire sull'attività aziendale, per gestire il rischio entro i limiti del rischio accettabile e per fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi aziendali. "

L'ERM è costituito da otto componenti interconnessi. Essi derivano dal modo in cui il management gestisce l'azienda e sono integrati con i processi operativi.

Il primo componente è l'Ambiente Interno.

L'Ambiente interno, che costituisce l'identità essenziale di un'organizzazione, determina i modi in cui il rischio è considerato e affrontato dalle persone che operano in azienda, come pure la filosofia della gestione del rischio, i livelli di accettabilità del rischio, l'integrità e i valori etici e l'ambiente di lavoro in generale.

Ambiente Interno definito anche Ambiente di Controllo riguarda gli individui, le loro qualità individuali, e soprattutto la loro integrità, i loro valori etici e la loro competenza, e l'ambiente nel quale operano, argomenti che sono l'essenza stessa di qualsiasi organizzazione. Essi sono il motore che aziona l'azienda e le fonda su cui essa poggia.

L'ambiente di controllo è un elemento fondamentale della cultura di un'organizzazione, poiché determina il livello di sensibilità del personale alla necessità di controllo. Esso costituisce le fondamenta di tutti gli altri componenti del controllo interno e fornisce disciplina e organizzazione.

I fattori che influenzano l'ambiente di controllo sono:

- integrità e valori etici;
- competenza e motivazione del personale;
- filosofia e stile del management;
- modalità di delega delle responsabilità;
- politica organizzativa;
- abilità e competenza della Direzione Strategica

"Un ambiente fortemente governato dall'etica a tutti i livelli gerarchici è vitale per il benessere dell'organizzazione, delle persone. L'etica contribuisce in modo rilevante all'efficacia delle politiche e dei sistemi di controllo messi a punto da un'azienda e influisce sui comportamenti che sfuggono ai sistemi di controllo, per quanto gli stessi siano sofisticati " (Commissione Treadway).

Uno studio del 1987 dimostra che le persone possono commettere atti disonesti o contrari all'etica per vari motivi tra cui:

- *incentivi* (pressioni per il raggiungimento di obiettivi irrealizzabili, sistemi premianti basati sugli obiettivi raggiunti, ...)
- *tentazioni* (mancanza di controlli, revisione interna inadeguata, Direzione inefficace, sanzioni modeste, ...)
- *ignoranza del personale*, ecc.

Diventa quindi essenziale andare ad interrogare l'ambiente interno per capire se è opportuno **stabilire e far percepire le regole etiche**. Solo il management può comunicare verbalmente al personale i valori e le norme di condotta dell'organizzazione e stabilire sanzioni in caso di violazioni al codice di condotta.

Individuare la competenza del personale . La competenza deve riflettere le conoscenze e le capacità necessarie per svolgere le mansioni richieste ad ogni singola posizione. Il management deve precisare i livelli di competenza richiesti per una particolare mansione e tradurli in termini di conoscenze e capacità.

E' importante conoscere la filosofia e lo stile di direzione a riguardo dei livelli di rischio accettati, dell'atteggiamento verso il reporting, della scelta dei principi e delle stime contabili.

Anche **la struttura organizzativa** fornisce il quadro nel quale le attività necessarie alla realizzazione degli obiettivi generali sono pianificate, eseguite, controllate e monitorate. La realizzazione di una struttura adeguata implica la definizione delle principali aree di autorità e di responsabilità, come pure la creazione di adeguate linee gerarchiche.

Va altresì palesata **l'attribuzione dei poteri e delle responsabilità**, come attribuzione dei poteri e delle responsabilità per le attività operative, definizione delle linee gerarchiche che consentono di far fluire le informazioni e regole in materia di approvazioni.

Infine va considerata la **gestione delle risorse umane**. Le politiche di gestione delle risorse umane servono infatti, anche a comunicare al personale il livello di integrità, di comportamento etico e di competenza che l'azienda si aspetta. Queste politiche comprendono le assunzioni, la gestione delle carriere, la formazione, le valutazioni del personale, gli incontri di verifica del personale, le promozioni, le remunerazioni e le azioni correttive.

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2023-2025



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Allegato 6 "Anticorruzione: Dettaglio
Misure Comuni e Obbligatorie"**

PARTE I
GESTIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI

2.4 – TRATTAMENTO DEL RISCHIO.

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Con il termine "misura" si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare/mitigare il livello di rischio connesso ai processi amministrativi posti in essere dall'Ente.

Tali misure possono essere classificate in diversi modi. Una prima distinzione è quella tra:

- "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singola Azienda);
- "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nella programmazione triennale della prevenzione della corruzione. Ricade nelle "misure ulteriori" l'insieme dei controlli (misure specifiche) previste per contenere il rischio analizzato nei processi studiati dal 2018 al 2021.

Va data priorità all'attuazione delle misure obbligatorie rispetto a quelle ulteriori. Queste ultime debbono essere valutate anche in base all'impatto organizzativo e finanziario connesso alla loro implementazione.

Con riferimento alle "misure ulteriori" è ancor più rilevante tuttavia l'efficacia del controllo posto in essere, che in un sistema di controllo interno, giovane, come quello della ULSS 9 Scaligera, merita di essere valutato nel corso di qualche anno futuro prima di potersi dire effettivo.

Il monitoraggio dei controlli merita l'attenzione dell' auditor, quale controllo di terzo livello. Tale attività viene ricompresa nella programmazione di monitoraggio del rischio definita dal presente elaborato.

In generale talune misure possono presentare carattere trasversale, in quanto applicabili alla struttura organizzativa dell'Azienda nel suo complesso, mentre altre sono settoriali, in quanto idonee a trattare il rischio insito in specifici settori di attività.

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, "le misure comuni e obbligatorie" di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

Obblighi relativi alla trasparenza – Misura 01

Gli obblighi relativi alla trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nel d.lgs. 33/2013, nella l. 190/2012, nel D. Lgs 97/2016 e nelle altre fonti normative e disposizioni vigenti. Gli obblighi di trasparenza si conformano alle disposizioni dell'ANAC e sono indicati nell'Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP) allegato al presente Piano sub 2. Derivano dall'aggiornamento dell'allegato alla delibera 50/2013 dell'ANAC, disposto con delibera n. 1310 del 28.12.2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016."

| MISURA M01 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|---------------------------------|--|
| A | Inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione "Amministrazione Trasparente". | I Responsabili indicati nel EOP | Come indicato nel EOP |
| B | Relazioni semestrali sugli obblighi di pubblicazione da presentare al RPCT, nelle quali i Dirigenti/Referenti possono indicare eventuali ulteriori dati/informazioni/ documenti per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione. | I Responsabili indicati nel EOP | Entro luglio e gennaio di ogni anno con riferimento ai semestre precedente |
| C | Report sulla gestione dell'accesso civico, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili. | RPCT | Entro 31 dicembre di ogni anno |
| D | Report sulla gestione dell'accesso civico generalizzato, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili. | RPCT | Entro 31 dicembre di ogni anno |
| E | Rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione | RPCT | Entro 31 dicembre di |

| | | |
|--|--|-----------|
| all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami (esame risultati questionario) | | ogni anno |
|--|--|-----------|

Ai fine di dare attuazione alle raccomandazioni di cui al procedimento di vigilanza ANAC UVOT/2155/2019/PP, per i Dirigenti non Generali con incarico di Unità di Struttura Semplice, Complessa e Dipartimentale deve essere pubblicato oltre agli estremi degli atti di conferimento dell'incarico come da art. 15 DLgs 33/2013, anche ciò che può essere assimilabile a "...l'atto di nomina o di proclamazione con indicazione della durata dell'incarico...".

Informatizzazione dei processi – Misura 02

Come evidenziato dallo stesso PNA, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Inoltre tra i controlli primari l'informatizzazione realizza:

- **Controlli Preventivi:** hanno il potere di dissuadere la ricorrenza di eventi non voluti.
- **Controlli Detentivi:** a seguito del verificarsi di un evento non voluto permettono di distinguere le cause dagli alert pre impostati
- **Controlli correttivi:** correggono gli effetti negativi conseguenti ad eventi non voluti

Il RPCT garantisce la presenza nel sito internet istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze, ai sensi dell'articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445\2000, e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano. Nel corso del 2018, in attesa delle scelte di Azienda Zero (L.R. n. 19/2016) sono stati bloccati i finanziamenti regionali relativi all'informatizzazione, quindi non è stato possibile prevedere l'informatizzazione dei processi, tuttavia si ripropone la misura nel 2022, in modo da armonizzare tali interventi con la nuova organizzazione della sanità veronese e gli obblighi dettati dal Codice dell'Amministrazione Digitale.

| MISURA M02 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|---|--|
| A | Con l'obiettivo di giungere alla maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi, entro il 30 ottobre tutti i Referenti sono chiamati a relazionare al RPCT con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi Servizi attraverso la compilazione del questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso. | Tutti i Referenti | Compilazione del questionario su richiesta del RPCT. |
| B | Sulla base della relazione da presentare entro il 30 ottobre, proposta di estensione della informatizzazione dei processi. | I Referenti e il Direttore del Servizio Sistemi Informativi | Relazione al RPCT entro il 30 giugno di ogni anno. |

Monitoraggio stato attuazione Programma di Prevenzione della Corruzione - Misura 03

Dal disposto dell'art. 1, c. 9, lett. c) e c. 10 della l. 190/2012 deriva l'obbligo per l'Azienda di provvedere alla verifica dell'efficace attuazione del PIAO - Sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" - attraverso la figura del RPCT. In considerazione delle dimensioni aziendali e dell'organizzazione in corso di attuazione, è necessario andare a rilevare con uno strumento di control self-assessment le aree di miglioramento per il trattamento dei rischi, i processi di controllo, i percorsi di miglioramento dell'efficacia.

| MISURA M03 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|--|--|
| A | Ogni Referente compila il questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso. Eventuale relazione sui casi di corruzione / violazione del codice di comportamento – nuovi bisogni formativi . | Tutti i Referenti per l'area di rispettiva competenza. | Entro data indicata da RPCT, ogni semestre / anno. |

Rotazione del personale - Misura 04

In materia di rotazione del personale, si rinvia espressamente al PNA 2016 (pag. 16) e a quanto in esso disposto.

Si aggiunge che l'Azienda, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali, si impegna ad mantenere modalità operative e procedure per la rotazione, previa adozione, ove necessario, di criteri generali oggettivi. L'attuazione della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni, in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL.

Ove le condizioni organizzative non consentissero l'attuazione della misura, l'Azienda ne darà conto con adeguata motivazione, avuto presente che la specificità delle Aziende sanitarie spesso non consente reali alternative se non a grave discapito della qualità dei servizi resi ai cittadini e/o un notevole aggravio dei costi. Parimenti la notevole differenza delle professionalità previste in capo ai Dirigenti dell'Area Tecnico, Professionale ed Amministrativa, richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative molto distanti e difficilmente intercambiabili, se non rischiando la paralisi amministrativa. Comunque, in caso di rotazione, dovranno essere previsti periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici.

| MISURA M04 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|----------------------------------|---|
| A | Con riferimento al personale che non ha effettuato rotazioni nel corso degli anni 2018-2022, predisposizione di una proposta di criteri per la rotazione del personale | Direttore Servizio Risorse Umane | Proposta entro 30 ottobre di ogni anno. |

Procedura di formazione e selezione del personale – Misura 05

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra la Pianificazione Triennale di prevenzione della corruzione e quella della Formazione, fortemente sancito dal PIAO. Il personale afferente alle aree a rischio diventa destinatario di specifici percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo, specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico. Come per gli anni scorsi, il personale sarà formato secondo le modalità concordate tra il RPCT e il Direttore del Servizio Risorse Umane. La mancata partecipazione del personale convocato alle iniziative formative programmate, senza giustificato motivo, sarà valutata in termini di compatibilità con l'ufficio rivestito e, più in generale, rispetto alle norme contenute nel Codice Etico e di Comportamento. Particolare attenzione e rilievo saranno dati nel 2023 alla formazione del personale operante in ambito ospedaliero e non, attraverso corsi di formazione interna dedicati al personale maggiormente esposto al rischio di fenomeni corruttivi, così come individuato dai rispettivi Responsabili.

Il RPCT, infatti, invita periodicamente i Dirigenti di ogni Unità ad individuare i propri dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione, costituendo il fabbisogno formativo che deve essere inserito nella Programmazione della Formazione prevista in specifica sotto sezione del presente PIAO, con destinatari il RPCT, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, i Dirigenti, le Posizioni organizzative e gli Operatori individuati dai rispettivi dirigenti delle aree a maggior rischio. I Dirigenti dei Servizi garantiscono che ai nuovi assunti sia garantito l'affiancamento con personale esperto interno.

| MISURA M05 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|--------------------------|---|
| A | Il RPCT invita i referenti a individuare il personale da inserire nei programmi di formazione in materia di trattamento dei rischi di frode e compliance e dei relativi controlli. | RPC e Tutti i Referenti. | Ogni anno in coerenza con il piano di formazione aziendale per l'anno corrente. |

Monitoraggio del rispetto delle norme di comportamento dei dipendenti – Misura 06.

I dipendenti dell'Azienda conformano i propri comportamenti alle previsioni di cui al d.p.r. 16.4.2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30.03.2001, n. 165", e del Codice Etico e di Comportamento aziendale, recepito con deliberazione n. 647 del 11/10/2018, nonché alle prescrizioni contenute nella presente sotto sezione del PIAO. In caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conformare il proprio operato ai contenuti della presente sotto sezione del PIAO, troveranno applicazione le disposizioni vigenti in materia di responsabilità civile, amministrativa-contabile, penale, disciplinare e dirigenziale.

Ai fini dell'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui all'art. 1, c. 49 e 50, della l. 190/2012 ed ai capi V e VI del d.lgs. 39/2013, all'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato deve

presentare al Direttore dell'UOC Risorse Umane una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità ivi previste.

Ciascun Responsabile, per gli incarichi di rispettiva competenza, invierà al RPCT annualmente (entro il 30 ottobre) i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno portato a situazioni di non compatibilità o non conferibilità. Sono già stati predisposti o modificati gli schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza del Codice Etico e di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione.

| MISURA M06 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|--|-------------------------------|
| A | Adeguamento degli atti di incarico, contratti e bandi di nuova stipula al Codice Etico e di Comportamento | Tutti i Referenti | Tempestivamente |
| B | Invio al RPCT annualmente dei dati riepilogativi e degli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno condotto a situazioni di non compatibilità o non conferibilità. | Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza | Entro 30 ottobre di ogni anno |
| C | Invio al RPCT annualmente delle segnalazioni pervenute relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dai Codici di comportamento dell'amministrazione | Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza | Entro 30 ottobre di ogni anno |

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower) – Misura O7.

Il whistleblower è colui il quale testimonia un illecito nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative e decide di segnalarlo a un soggetto che possa agire efficacemente al riguardo. Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano oggettivi illeciti a danno dell'interesse dell'Azienda (e non quelle relative a soggettive lamentele personali). La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all'attenzione dell'organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza. Di fondamentale importanza si ritiene essere la formazione continua in materia .

La legge 6.11.2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", introduce, per la prima volta nel nostro ordinamento, una disposizione specificamente diretta alla regolamentazione del c.d. "whistleblowing" nell'ambito del pubblico impiego.

L'art. 1, comma 51, legge n. 190/2012, novella infatti il D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", introducendo dopo l'articolo 54 una nuova disposizione, l'articolo 54-bis, intitolato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti".che testualmente recita

"1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

4. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni".

In proposito, si segnala la determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala "illeciti (c.d. whistleblower)", con la quale si indicano le procedure che l'ANAC medesima intende seguire per la gestione delle segnalazioni delle quali è destinataria e che possono costituire un utile riferimento per le amministrazioni tenute ad applicare l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

L'Autorità non ha potuto non sottolineare, tuttavia, l'incertezza del dettato normativo che caratterizza la materia, auspicando, in proposito, un intervento del legislatore volto a chiarire le questioni interpretative ancora aperte, alcune delle quali sono state segnalate nelle predette Linee Guida.

L'Azienda ULSS n. 9 Scaligera ha attivato un nuovo canale informatico di whistleblowing nell'ambito del progetto WhistleblowingPA promosso da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, attraverso una piattaforma online attivata al fine di garantire i necessari vantaggi di sicurezza. La segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

| MISURA M07 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|------------|--------------------------------|
| A | Formazione specifica in materia di whistleblowing | RPCT | Focus da programmare nei corsi |

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – Misura 08

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 *bis* del d.lgs. 165/2001 e 3 del d.lgs. 39/2013, ciascun Referente verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 *bis* del d.lgs. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 *bis* con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 (art. 20 d.lgs. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso sono adeguati a quanto previsto nel presente paragrafo.

| MISURA M08 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|--|---|
| A | Autocertificazione da parte del personale all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza di precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35 <i>bis</i> d.lgs. 165/2001 e art. 3 d.lgs.39/2013) | Referenti per le attività di rispettiva competenza | Acquisizione dell'autocertificazione prima del conferimento dell'incarico |
| B | Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o concorso sono adeguati a quanto previsto dall'art. 35 <i>bis</i> del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs.39/2013 | Referenti per le attività di rispettiva competenza | Tempestivamente |

Patto di integrità – Misura 09

L'art. 1 c. 17 della l. 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'AVCP, ora ANAC, con determinazione n. 4 del 2012, si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

| MISURA M09 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|------------|--------------|
|------------|--|------------|--------------|

| | | | |
|---|--|-----------|---|
| A | Il Patto deve essere sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla procedura di affidamento del contratto pubblico; l'espressa accettazione del Patto costituisce condizione di ammissione alla procedura di affidamento e tale condizione deve essere espressamente prevista nei bandi di gara, negli avvisi e nelle lettere d'invito. | Referenti | Adempimento tempestivo e costante in ogni procedura con valore economico pari o superiore a euro 20.000,00. |
|---|--|-----------|---|

Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali – Misura 10

L'Azienda si impegna a verificare la corrispondenza del proprio regolamento per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 53, c. 3 *bis*, del d.lgs. 165/2001 e dall'art. 1, c. 58 *bis*, della l. 662/1996 e, se necessario, al suo adeguamento.

| MISURA M10 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|--------------------------------------|---|
| A | Verifica della corrispondenza dei regolamenti dell'Azienda con la vigente normativa e, se necessario, loro adeguamento. | Direttore del Servizio Risorse Umane | Entro 60 giorni dalla pubblicazione delle nuove disposizioni. |

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) – Misura 11

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, c. 16 *ter*, del d.lgs. 165/2001, nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autorizzativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. È disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente.

Si agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli *ex* dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 *ter*, d.lgs. 165/2001.

| MISURA M11 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|--------------------------------------|---|
| A | Nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. | Direttore del Servizio Risorse Umane | Inserimento tempestivo della clausola |
| B | Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi prevedere obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione/ lavoro dipendente con i soggetti individuati dall'art. 53 c. 16 <i>ter</i> d.lgs. 165/2001. | Referenti dei Servizi competenti | Acquisizione tempestiva dell'autocertificazione |

Codici di comportamento – Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi – Misura 12

Lo strumento del codice di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti. L'art. 1 c. 9, lett. e) della l. 190/2012 prevede l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere. A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'art. 6 del d.p.r. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" nonché quelle in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo art. 7 del medesimo decreto.

Nell'esercizio delle funzioni attribuite, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi dal

procedimento, in caso di conflitto di interesse anche potenziale, segnalando al diretto superiore gerarchico, che ne informa il RPCT, ogni situazione di conflitto.

Il dipendente, quindi, deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero: di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi; oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale, di individui od organizzazioni con cui in prima persona o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, di individui od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente; di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.

L'art. 54 del d.lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 c. 44, della l. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione della presente sotto sezione del PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è rilevante anche ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogni qualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

| MISURA M12 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|---|---|
| A | Tutti i dipendenti devono dichiarare al proprio Responsabile, con atto di notorietà, l'esistenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse come indicato nella normativa. | Tutti i dipendenti per quanto di competenza | Tempestivamente e comunque prima dell'attività. |
| B | Mantenere registro dei conflitti di interesse | RPCT | Triennale |

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile – Misura 13

Sono pianificate adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. A questo fine, una prima azione consiste nel dare efficace comunicazione e diffusione alla strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il PIAO e alle connesse misure.

Atteso che l'azione di prevenzione e contrasto della corruzione richiede un'apertura di credito e di fiducia nella relazione con i cittadini, che possa nutrirsi anche di rapporto continuo, alimentato dal funzionamento di stabili canali di comunicazione, l'Azienda adotta soluzioni organizzative e tempi per l'attivazione di canali dedicati alle segnalazioni da parte dei cittadini, anche attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, quale interfaccia comunicativa interno/esterno.

| MISURA M13 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|---|------------|---|
| A | Pubblicazione della sotto sezione del PIAO relativa ai rischi corruttivi e alla Trasparenza nel sito internet aziendale, nonché degli aggiornamenti annuali. Pubblicazione degli eventuali suggerimenti e proposte sulla prevenzione della corruzione provenienti dai portatori di interesse. | RPCT | Entro la fine del mese successivo a quello in cui sono pervenute suggerimenti/proposte. |

Obblighi di conoscenza della Programmazione anticorruzione e della Trasparenza–Misura 14

La presa visione della sotto sezione del PIAO dedicata ai rischi corruttivi e Trasparenza e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici; personale assunto con contratto di somministrazione, borsisti, stagisti e tirocinanti. Per rendere effettivo tale obbligo, si adottano le seguenti misure:

| MISURA M14 | | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|------------|--|----------------------------------|--|
| A | Pubblicazione avviso nel sito web aziendale e nella sezione riservata agli operatori di avvenuta approvazione PIAO e sua pubblicazione | Tutti gli estensori | Per RPCT come da indicazioni ANAC entro la fine di gennaio anno del piano anticorruzione |
| B | Il Direttore Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del PIAO | Direttore Servizio Risorse Umane | Tempestivamente |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | consultando l'apposito sito web e di inviare al medesimo, entro 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del PIAO | | |
|--|---|--|--|

Relazione annuale RPCT – Misura 15

Ai sensi dell'art. 1, c. 14, della legge 190/2012, il RPCT entro il 15 dicembre di ogni anno – su modulo ANAC - redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione.

| | MISURA M14 | COMPETENZE | SCADENZIARIO |
|---|---|------------|--|
| A | Pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della relazione annuale RPCT | RPCT | Come da indicazioni ANAC entro data prevista |

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2022

Azienda

509 - Scaligera

| Macroprofili | Ruolo | Dipendenti FTE ANNUI | Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI | DIPENDENTI | | | | NON DIPENDENTI | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|---|-------------------------------|------------------------|--|------------------------|--|---|--|-----------------------|-----------------------|
| | | | | Costo Dipendenti Bilancio Sanitario | Costo Dipendenti Bilancio Sociale ² | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento | Costo Personale Universitario | Costo SAI | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Somministrazione | Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵ | Altre Tipologie | |
| | | | | - | - | - | - | - | - | LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010 | | | CON SPECIFICO FINANZIAMENTO ⁴ | - | - | |
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | L | N | M | O | P | |
| TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | | | € 294.513.420,18 | - | € 2.213.438,97 | - | - | € 11.054.628,00 | € 4.220.957,83 | - | - | - | - | - | |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica | S | 743,50 | 214,86 | € 85.825.203,52 | € - | € 2.113.438,97 | € 1.875.462,20 | € - | € 9.267.171,02 | € 3.403.191,11 | € - | € 574.550,00 | € 938.972,47 | € - | € 1.974.090,13 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 89,32 | 16,04 | € 9.705.885,93 | € - | € 60.000,00 | € - | € - | € 202.403,35 | € - | € - | € - | € 593.760,46 | € - | € - |
| | Dirigenza sanitaria | S | 116,29 | 50,34 | € 10.374.612,02 | € - | € 40.000,00 | € 22.285,85 | € - | € 1.091.885,42 | € 89.790,50 | € - | € 118.000,00 | € 745.549,74 | € - | € 337.515,00 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 27,60 | 0,00 | € 3.160.931,47 | € 254.604,34 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 976,71 | 281,24 | € 109.066.632,94 | € 254.604,34 | € 2.213.438,97 | € 1.897.748,05 | € - | € 10.561.459,79 | € 3.492.981,61 | € - | € 692.550,00 | € 2.278.282,67 | € - | € 2.311.605,13 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.402,94 | 12,14 | € 101.230.797,64 | € - | € - | € 1.051.083,83 | € - | € - | € - | € 27.476,22 | € - | € 49.790,75 | € - | € 480.134,00 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 256,39 | 0,00 | € 10.415.052,44 | € - | € - | € 59.500,15 | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € - | € - | € - |
| | Personale della riabilitazione | S | 321,37 | 6,79 | € 10.817.778,70 | € 1.614.727,20 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 70.528,56 | € - | € 132.560,00 |
| | Personale della prevenzione | S | 152,57 | 0,94 | € 6.204.920,63 | € - | € - | € 95.069,00 | € - | € - | € - | € - | € - | € 27.316,97 | € - | € - |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0,00 | 0,00 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | OSS/OTAA | T | 876,84 | 21,07 | € 25.958.850,35 | € 2.561.940,67 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 654.727,00 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | 357,30 | 7,15 | € 10.300.120,34 | € 3.112.786,12 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 47.942,16 | € - | € 418.384,00 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale | PA | 574,54 | 32,90 | € 20.519.267,14 | € 435.339,99 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 11.000,00 | € 63.264,00 | € 747.735,77 |
| TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 4.941,95 | 80,99 | € 185.446.787,24 | € 7.724.793,98 | € - | € 1.205.652,98 | € - | € - | € - | € 27.476,22 | € 7.950,00 | € 206.578,44 | € 63.264,00 | € 2.433.540,77 | |
| TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE | | 5.918,66 | 362,23 | € 294.513.420,18 | € 7.979.398,32 | € 2.213.438,97 | € 3.103.401,03 | € - | € 10.561.459,79 | € 3.492.981,61 | € 27.476,22 | € 700.500,00 | € 2.484.861,11 | € 63.264,00 | € 4.745.145,90 | |

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, SAI, Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, Consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; Contratti di Somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

Azienda

509 - Scaligera

| | | | | | | DIPENDENTI | | | | NON DIPENDENTI | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|--|--|--|---|--|-----------------------|-----------------------|
| Macroprofili | Ruolo | Dipendenti FTE ANNUI | Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI | Costo Dipendenti Bilancio Sanitario | Costo Dipendenti Bilancio Sociale ² | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Personale Universitario | Costo SAI | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Somministrazione | Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵ | Altre Tipologie | |
| | | | | - | - | - | Con Specifico Finanziamento | - | - | LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010 | CON SPECIFICO FINANZIAMENTO ⁴ | - | - | | | |
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | L | N | M | O | P | |
| | | | | € 294.513.420,18 | - | € 2.213.438,97 | - | - | € 11.054.628,00 | € 4.220.957,83 | - | - | - | - | - | |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica | S | 743,50 | 186,94 | € 85.825.203,52 | € - | € 2.113.438,97 | € - | € - | € 9.760.105,64 | € 3.078.207,00 | € - | € 860.250,00 | € 100.000,00 | € - | € 2.820.200,00 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 89,32 | 17,00 | € 9.705.885,93 | € - | € 60.000,00 | € - | € - | € 202.403,35 | € - | € - | € - | € 669.680,00 | € - | € - |
| | Dirigenza sanitaria | S | 116,29 | 58,30 | € 10.374.612,02 | € - | € 40.000,00 | € - | € - | € 1.091.885,42 | € 164.500,00 | € - | € 110.050,00 | € 1.904.915,41 | € - | € 337.515,00 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 27,60 | 0,00 | € 3.160.931,47 | € 254.604,34 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 976,71 | 262,24 | € 109.066.632,94 | € 254.604,34 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.242.707,00 | € - | € 970.300,00 | € 2.674.595,41 | € - | € 3.157.715,00 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.402,94 | 10,59 | € 101.230.797,64 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 525.420,40 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 256,39 | 0,00 | € 10.415.052,44 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € - | € - | € - | € - |
| | Personale della riabilitazione | S | 321,37 | 7,00 | € 10.817.778,70 | € 1.614.727,20 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 83.380,00 | € - | € 132.560,00 |
| | Personale della prevenzione | S | 152,57 | 0,00 | € 6.204.920,63 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0,00 | 0,00 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | OSS/OTAA | T | 876,84 | 21,07 | € 25.958.850,35 | € 2.561.940,67 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 654.727,00 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | 357,30 | 7,52 | € 10.300.120,34 | € 3.112.786,12 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 45.000,00 | € - | € 418.384,00 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale | PA | 574,54 | 38,68 | € 20.519.267,14 | € 435.339,99 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 31.632,00 | € 1.145.965,79 |
| TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 4.941,95 | 84,86 | € 185.446.787,24 | € 7.724.793,98 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € 128.380,00 | € 31.632,00 | € 2.877.057,19 | |
| TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE | | 5.918,66 | 347,10 | € 294.513.420,18 | € 7.979.398,32 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.242.707,00 | € - | € 978.250,00 | € 2.802.975,41 | € 31.632,00 | € 6.034.772,19 | |

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, SAI, Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, Consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; Contratti di Somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024

Azienda

509 - Scaligera

| | | | | | | DIPENDENTI | | | | NON DIPENDENTI | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|--|--|--|---|--|-----------------------|-----------------------|
| Macroprofili | Ruolo | Dipendenti FTE ANNUI | Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI | Costo Dipendenti Bilancio Sanitario | Costo Dipendenti Bilancio Sociale ² | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Personale Universitario | Costo SAI | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Somministrazione | Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵ | Altre Tipologie | |
| | | | | - | - | - | Con Specifico Finanziamento | - | - | LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010 | CON SPECIFICO FINANZIAMENTO ⁴ | - | - | | | |
| | | A | B | C | D | E | F | G | H | I | L | N | M | O | P | |
| | | | | € 294.513.420,18 | - | € 2.213.438,97 | - | - | € 11.054.628,00 | € 4.220.957,83 | - | - | - | - | - | |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica | S | 743,50 | 187,94 | € 85.825.203,52 | € - | € 2.113.438,97 | € - | € - | € 9.760.105,64 | € 3.238.107,00 | € - | € 700.350,00 | € 100.000,00 | € - | € 2.820.200,00 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 89,32 | 17,00 | € 9.705.885,93 | € - | € 60.000,00 | € - | € - | € 202.403,35 | € - | € - | € - | € 669.680,00 | € - | € - |
| | Dirigenza sanitaria | S | 116,29 | 58,30 | € 10.374.612,02 | € - | € 40.000,00 | € - | € - | € 1.091.885,42 | € 164.500,00 | € - | € 110.050,00 | € 1.904.915,41 | € - | € 337.515,00 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 27,60 | 0,00 | € 3.160.931,47 | € 254.604,34 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 976,71 | 263,24 | € 109.066.632,94 | € 254.604,34 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.402.607,00 | € - | € 810.400,00 | € 2.674.595,41 | € - | € 3.157.715,00 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.402,94 | 10,59 | € 101.230.797,64 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 525.420,40 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 256,39 | 0,00 | € 10.415.052,44 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € - | € - | € - | € - |
| | Personale della riabilitazione | S | 321,37 | 7,00 | € 10.817.778,70 | € 1.614.727,20 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 83.380,00 | € - | € 132.560,00 |
| | Personale della prevenzione | S | 152,57 | 0,00 | € 6.204.920,63 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0,00 | 0,00 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | OSS/OTAA | T | 876,84 | 21,07 | € 25.958.850,35 | € 2.561.940,67 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 654.727,00 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | 357,30 | 7,52 | € 10.300.120,34 | € 3.112.786,12 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 45.000,00 | € - | € 418.384,00 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale | PA | 574,54 | 38,68 | € 20.519.267,14 | € 435.339,99 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 1.178.515,92 |
| TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 4.941,95 | 84,86 | € 185.446.787,24 | € 7.724.793,98 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € 128.380,00 | € - | € 2.909.607,32 | |
| TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE | | 5.918,66 | 348,10 | € 294.513.420,18 | € 7.979.398,32 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.402.607,00 | € - | € 818.350,00 | € 2.802.975,41 | € - | € 6.067.322,32 | |

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, SAI, Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, Consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; Contratti di Somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025

Azienda

509 - Scaligera

| | | | | DIPENDENTI | | | | NON DIPENDENTI | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------|--|--|--|---|--|-----------------------|-----------------------|
| Macroprofili | Ruolo | Dipendenti FTE ANNUI | Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI | Costo Dipendenti Bilancio Sanitario | Costo Dipendenti Bilancio Sociale ² | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Prestazioni Aggiuntive | Costo Personale Universitario | Costo SAI | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Somministrazione | Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 | Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 | Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵ | Altre Tipologie | |
| | | | | - | - | - | Con Specifico Finanziamento | - | - | LIMITE 70% DEL COSTO SOSTENUTO ALLO STESSO TITOLO NEL 2010 | CON SPECICO FINANZIAMENTO ⁴ | - | - | | | |
| | | | | € 294.513.420,18 | - | € 2.213.438,97 | - | - | € 11.054.628,00 | € 4.220.957,83 | | | - | - | - | |
| | | | | C | D | E | F | G | H | I | L | N | M | O | P | |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica | S | 743,50 | 187,94 | € 85.825.203,52 | € - | € 2.113.438,97 | € - | € - | € 9.760.105,64 | € 3.238.107,00 | € - | € 700.350,00 | € 100.000,00 | € - | € 2.820.200,00 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 89,32 | 17,00 | € 9.705.885,93 | € - | € 60.000,00 | € - | € - | € 202.403,35 | € - | € - | € - | € 669.680,00 | € - | € - |
| | Dirigenza sanitaria | S | 116,29 | 58,30 | € 10.374.612,02 | € - | € 40.000,00 | € - | € - | € 1.091.885,42 | € 164.500,00 | € - | € 110.050,00 | € 1.904.915,41 | € - | € 337.515,00 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 27,60 | 0,00 | € 3.160.931,47 | € 254.604,34 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 976,71 | 263,24 | € 109.066.632,94 | € 254.604,34 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.402.607,00 | € - | € 810.400,00 | € 2.674.595,41 | € - | € 3.157.715,00 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.402,94 | 10,59 | € 101.230.797,64 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 525.420,40 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 256,39 | 0,00 | € 10.415.052,44 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € - | € - | € - | € - |
| | Personale della riabilitazione | S | 321,37 | 7,00 | € 10.817.778,70 | € 1.614.727,20 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 83.380,00 | € - | € 132.560,00 |
| | Personale della prevenzione | S | 152,57 | 0,00 | € 6.204.920,63 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0,00 | 0,00 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - |
| | OSS/OTAA | T | 876,84 | 21,07 | € 25.958.850,35 | € 2.561.940,67 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 654.727,00 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | 357,30 | 7,52 | € 10.300.120,34 | € 3.112.786,12 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 45.000,00 | € - | € 418.384,00 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale | PA | 574,54 | 38,68 | € 20.519.267,14 | € 435.339,99 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 1.178.515,92 |
| TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 4.941,95 | 84,86 | € 185.446.787,24 | € 7.724.793,98 | € - | € - | € - | € - | € - | € - | € 7.950,00 | € 128.380,00 | € - | € 2.909.607,32 | |
| TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE | | 5.918,66 | 348,10 | € 294.513.420,18 | € 7.979.398,32 | € 2.213.438,97 | € - | € - | € 11.054.394,41 | € 3.402.607,00 | € - | € 818.350,00 | € 2.802.975,41 | € - | € 6.067.322,32 | |

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, SAI, Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, Consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Contratti di collaborazione coordinata e continuativa - SANITARI; contratti di collaborazione coordinata e continuativa - NON SANITARI; Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; Contratti di Somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale).

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

DIRETTORE GENERALE

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2022

Azienda 509 - Scaligera

| | Macroprofili | Ruolo | Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario | Personale dedicato ad attività a carico del Sociale | Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (Di cui colonna B) | Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ² | Personale da processi di reinternalizzazione ³ |
|----------------------------------|--|-------|---|---|--|--|---|
| | | | A | B | C | D | E |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica | S | 1.010 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 94 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza sanitaria | S | 126 | 32 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 36 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | | 1.266 | 35 | 2 | 0 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.892 | 43 | 0 | 0 | 21 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 290 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Personale della riabilitazione | S | 341 | 53 | 48 | 0 | 0 |
| | Personale della prevenzione | S | 225 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | OSS/OTAA | T | 1.006 | 21 | 124 | 0 | 0 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) | T | 383 | 67 | 63 | 0 | 0 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale | PA | 670 | 20 | 15 | 0 | 0 |
| | TOTALE PERSONALE COMPARTO | | | 5.807 | 204 | 250 | 0 |
| TOTALE DOTAZIONE ORGANICA | | | 7.073 | 239 | 252 | 0 | 21 |

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

Il Direttore Generale

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Luca Heller

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 168 di 170

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023

Azienda 509 - Scaligera

| | Macroprofili | Ruolo | Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario | Personale dedicato ad attività a carico del Sociale | Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali ¹ (Di cui colonna B) | Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R. ² | Personale da processi di reinternalizzazione ³ |
|----------------------------------|---|-------|---|---|---|--|---|
| | | | A | B | C | D | E |
| PERSONALE DIRIGENTE | Dirigenza medica (*) | S | 1.011 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza veterinaria | S | 94 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza sanitaria (**) | S | 144 | 32 | 0 | 0 | 0 |
| | Dirigenza ruoli PTA | PTA | 36 | 2 | 2 | 0 | 0 |
| | TOTALE PERSONALE DIRIGENTE | | 1.285 | 35 | 2 | 0 | 0 |
| PERSONALE COMPARTO | Personale infermieristico/ostetrico | S | 2.892 | 43 | 0 | 0 | 0 |
| | Personale tecnico sanitario | S | 290 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Personale della riabilitazione (***) | S | 357 | 53 | 48 | 0 | 0 |
| | Personale della prevenzione | S | 225 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Altro personale ruolo sanitario | S | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | OSS/OTAA | T | 1.006 | 21 | 124 | 0 | 0 |
| | Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA) (****) | T | 387 | 67 | 63 | 0 | 0 |
| | Personale ruolo amministrativo professionale (*****) | PA | 664 | 20 | 15 | 0 | 0 |
| | TOTALE PERSONALE COMPARTO | | 5.821 | 204 | 250 | 0 | 0 |
| TOTALE DOTAZIONE ORGANICA | | | 7.106 | 239 | 252 | 0 | 0 |

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

(*) incrementata D.O. per istituzione nuova struttura complessa "Salute in carcere" ai sensi DGRV n. 1669/2021

(**) incrementata D.O. per nuovi posti di dirigente psicologo per adeguamento standard area salute mentale ai sensi DGRV 371/2022

(***) incrementata D.O. per nuovi posti di TERP per adeguamento standard area salute mentale ai sensi DGRV 371/2022

(****) incrementata D.O. per nuovi posti di assistente sociale per adeguamento standard area salute mentale ai sensi DGRV 371/2022

(*****) adeguata D.O. per nuovo posto amministrativo per Salute in Carcere (DGRV n. 1669/2021 e riduzione per esternalizzazioni)

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Luca Felletti **Direttore Generale**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

