

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. Denise Signorelli | Direttore Sanitario |
| - dott. Maurizio Facincani | Direttore dei Servizi Socio-Sanitari f.f. |

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO

ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) AULSS9 SCALIGERA 2024-2026

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:

- a) 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;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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;

e) 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;

f) 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;

g) 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 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 (oggi UOC 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;

Valutato il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2024-2026 dell'AULSS 9 Scaligera, 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"

Allegato 3 "Anticorruzione: Dettaglio contesto esterno "

Allegato 4 "Anticorruzione: Dettaglio mappatura dei processi aziendali"

Allegato 5 "Trasparenza: Elenco degli obblighi di pubblicazione"

Allegato 6 "Piano Triennale del fabbisogno del personale"

Preso atto che l'art. 6, comma 4, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede che le pubbliche amministrazioni pubblichino 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;

propone l'adozione del provvedimento sotto riportato.

IL DIRETTORE GENERALE

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) 2024-2026 dell'AULSS 9 Scaligera, 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 2024-2026 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. Denise Signorelli

Il Direttore Amministrativo
dott. Giuseppe Cenci

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Maurizio Facincani f.f.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Pietro Girardi

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

2024

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) AULSS 9 Scaligera 2024-2026



Premessa.....	3
SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Azienda ULSS 9 Scaligera.....	5
Le Specificità dell'ULSS 9 Scaligera.....	7
Analisi Demografica.....	7
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	12
Valore pubblico.....	12
Mission e Vision dell'Azienda.....	12
Identificazione del Valore pubblico.....	13
Gli Obiettivi del Sustainable Development Goals (SDGs) ed il Benessere Equo e Sostenibile (BES).....	13
Obiettivi SDG nella Programmazione Regionale Veneto.....	15
La misurazione del Valore Pubblico.....	16
Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico.....	17
Focus: Piano per la Transizione Digitale.....	19
Focus: Risparmio Energetico.....	24
Focus: Benessere Organizzativo.....	24
Focus: Protezione dei dati personali (privacy).....	25
Performance.....	27
Obiettivi di performance Aziendali.....	27
Rischi corruttivi e trasparenza.....	31
Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi.....	31
Premessa.....	31
Gli Attori e le loro Principali Competenze.....	32
Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance.....	35
Le linee di produzione.....	36
Il processo di analisi e gestione del rischio corruttivo.....	37
Analisi del contesto.....	39
Trattamento del Rischio.....	47
Antiriciclaggio.....	55
Parte II - Obblighi di Trasparenza.....	56
Obiettivi strategici in materia di trasparenza.....	56
Trasparenza e diritto di accesso agli atti.....	56
Il D.LGS. 97/2016 e le linee guida ANAC.....	56
Strutture coinvolte nell'individuazione dei contenuti del programma relativo agli obblighi di pubblicazione.....	57
Coinvolgimento stakeholder – giornata della trasparenza.....	58
Responsabili della pubblicazione e aggiornamento dei dati.....	58
L. 28.12.2015, N. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato" (c.d. legge di stabilità) – Adempimenti.....	58
Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità degli obblighi.....	59
Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico.....	59
Accesso civico generalizzato.....	60

Dati ulteriori.....	63
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	64
Struttura organizzativa.....	64
Piano per il benessere Organizzativo.....	67
Organizzazione del lavoro agile.....	73
Programma di sviluppo del lavoro agile.....	75
Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro.....	76
Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione.....	76
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	77
Piano triennale fabbisogno di personale sezione non dipendenti.....	80
Re internalizzazioni.....	83
Dotazione Organica.....	83
Aggiornamento piano triennale 2023-2025 relativamente all'anno 2023.....	83
Formazione del personale.....	84
Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale.....	84
Risorse interne ed esterne disponibili e/o "attivabili" ai fini delle strategie formative.....	84
Misure volte ad incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato.....	85
Piano delle Azioni Positive.....	86
SEZIONE 4. MONITORAGGIO.....	87
Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico.....	87
Monitoraggio della Performance, Anticorruzione e Trasparenza.....	89
Misurazione della Performance.....	89
Monitoraggio Misure Anticorruzione.....	92
Monitoraggio Trasparenza.....	94
Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano.....	94
Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale.....	95
Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo.....	95

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.

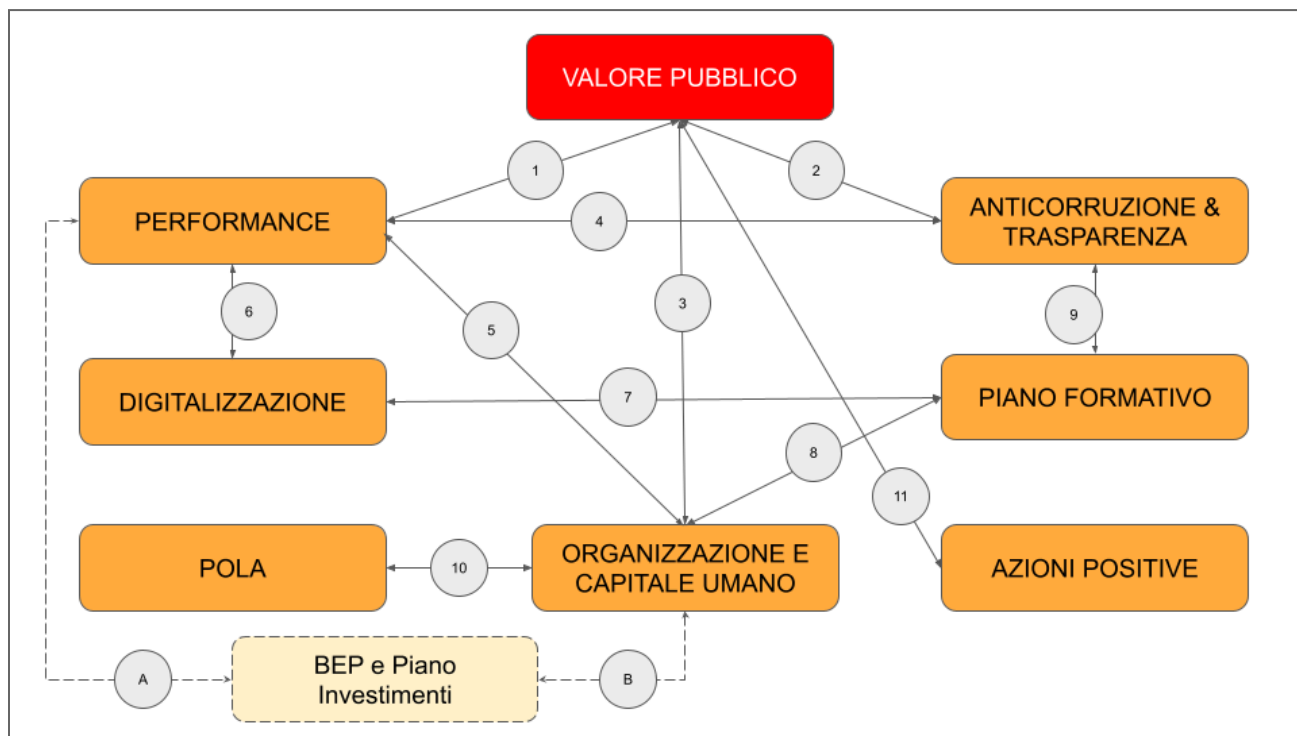
Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

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 **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.

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**.

Nel seguente schema si rappresentano le principali sezioni del PIAO, evidenziando le relazioni che legano tra loro le attività specifiche ed in che modo siano tutte connesse con la creazione di Valore Pubblico.



Nel presente PIAO, si illustrerà come la creazione di Valore Pubblico prodotto dall'azienda, ampiamente indagato nella sezione dedicata, è naturalmente connesso con la soddisfazione dei bisogni del cittadino e la sua capacità di accesso ai servizi, derivi dalle molteplici azioni aziendali inquadrare nelle differenti aree di programmazione.

In particolare si evidenziano le seguenti fondamentali relazioni, che saranno approfondite nel testo:

1. Per il modo in cui l'ULSS 9 intende la creazione di [valore pubblico](#), una buona performance aziendale determina un aumento del valore pubblico in via diretta, in quanto alcuni indicatori di performance possono configurarsi come KPI di creazione del valore pubblico (vedi paragrafo [Obiettivi di performance Aziendali](#)) tra questi senza dubbio gli indicatori di soddisfazione dei pazienti ed della cittadinanza. L'influenza è anche indiretta in quanto gli obiettivi di performance riguardano il successo di numerosi progetti relativi all'organizzazione, alla digitalizzazione, alla formazione ed all'anticorruzione e trasparenza, che a loro volta hanno un impatto diretto sulla generazione di Valore Pubblico.
2. L'attuazione della pianificazione in ambito di anticorruzione e trasparenza determina l'aumento del valore pubblico anche in questo caso in via diretta, fornendo maggiori garanzie al cittadino (vedi paragrafo [Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance](#)), ed indiretta in quanto determina una più sicura gestione dei principali processi aziendali, che a loro volta producono effetti benefici in termini di valore.
3. Con riferimento al Capitale Umano, va inoltre sottolineato che l'organismo personale, nelle sue dimensioni quantitative ma soprattutto qualitative, ha un impatto diretto sulla creazione di valore pubblico in quanto ha riflessi nello sviluppo economico del territorio e nella disponibilità di alte professionalità.
4. Diretto, esplicito e determinato da specifiche disposizioni normative, è il legame tra obiettivi di performance ed anticorruzione e trasparenza; in particolare sono stabiliti specifici obiettivi di performance, successivamente assegnati in sede di budget alle Unità Operative Aziendali (vedi Allegato 2 Cap.3.2.15).
5. La scelte di investimento in risorse umane, rappresentate nel Piano Triennale dei Fabbisogni, sono determinate oltre che dai vincoli finanziari, organizzativi e di mercato contingenti, dalle necessità professionali derivanti dagli obiettivi di performance assegnati, talvolta completamente espliciti, determinando pertanto una relazione bilaterale tra le aree (vedi il [Piano triennale dei fabbisogni di personale](#)).
6. Ulteriore legame diretto è quello tra azioni tese alla digitalizzazione del rapporto con il cittadino e l'organizzazione dell'azienda ed il raggiungimento di una buona performance aziendale; infatti molteplici indicatori di performance rappresentano la misurazione del grado di digitalizzazione aziendale (vedi [Focus: Piano per la Transizione Digitale](#)).
7. Di conseguenza, risulta evidente nella strategia del legislatore il ruolo che la formazione ha sull'aumento delle competenze digitali, con percorsi specifici di alto livello, collegati anche agli investimenti del PNRR.
8. Ancora più importante è il ruolo che la formazione ricopre nel supportare lo sviluppo qualitativo del personale, determinando direttamente alcune scelte sulle necessità di nuove assunzioni e di conseguenza impattando indirettamente sulla creazione di valore pubblico (vedi [Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali, organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale](#)).
9. Infine la leva formativa è uno dei principali strumenti del Piano per l'Anticorruzione, che necessità di sviluppare strumenti metodologici e diffondere logiche e sensibilità specifiche.
10. Il Piano per il lavoro agile svolge un ruolo importante nell'efficientamento dei processi, ma soprattutto nel migliorare la qualità del rapporto di lavoro ed il Benessere Organizzativo, influenzando le scelte di organizzazione anche poggiando sui necessari investimenti per la digitalizzazione (vedi [Programma di sviluppo del lavoro agile](#)).
11. Anche il Piano delle Buone Azioni svolge un ruolo di miglioramento del Benessere Organizzativo, ma soprattutto determina un impatto diretto sulla creazione di Valore Pubblico nella sua dimensione di equità tra i generi, con effetti proporzionali al numero di dipendenti dell'azienda, ma più che proporzionali per il ruolo di leadership che l'azienda sanitaria può rappresentare per le organizzazioni sul territorio in questo ambito (vedi [Piano delle Azioni Positive](#)).

Si segnalano inoltre, anche se non sono oggetto specifico, del presente documento, le aree di collegamento tra la programmazione economica, come rappresentata nel BEP 2024 e nel Piano Investimenti 2024-2026, in particolare:

- A. Una parte molto rilevante nella valutazione della performance è data dalla capacità aziendale di rispettare la programmazione economica regionale in termini di equilibrio economico e di rispetto dei tetti ai costi (vedi Allegato 2 Cap.3.2.8 e 3.2.9). Inoltre la conduzione efficace dei progetti del PNRR rappresenta direttamente un obiettivo di performance, rappresenta la pre-condizione per numerose azioni in ambito digitale,

dell'organizzazione e della soddisfazione del cittadino, e trova nel Piano Investimenti la sua rappresentazione finanziaria.

- B. Per l'ammontare delle risorse assorbite e l'importanza nell'organizzazione aziendale, nella motivazione del personale e del benessere organizzativo, la coerenza tra pianificazione del personale e risorse programmate in sede di BEP deve essere adeguatamente garantita. In particolare il rispetto della programmazione nazionale e regionale in questo ambito rappresenta uno dei pilastri/vincoli della programmazione aziendale.

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.

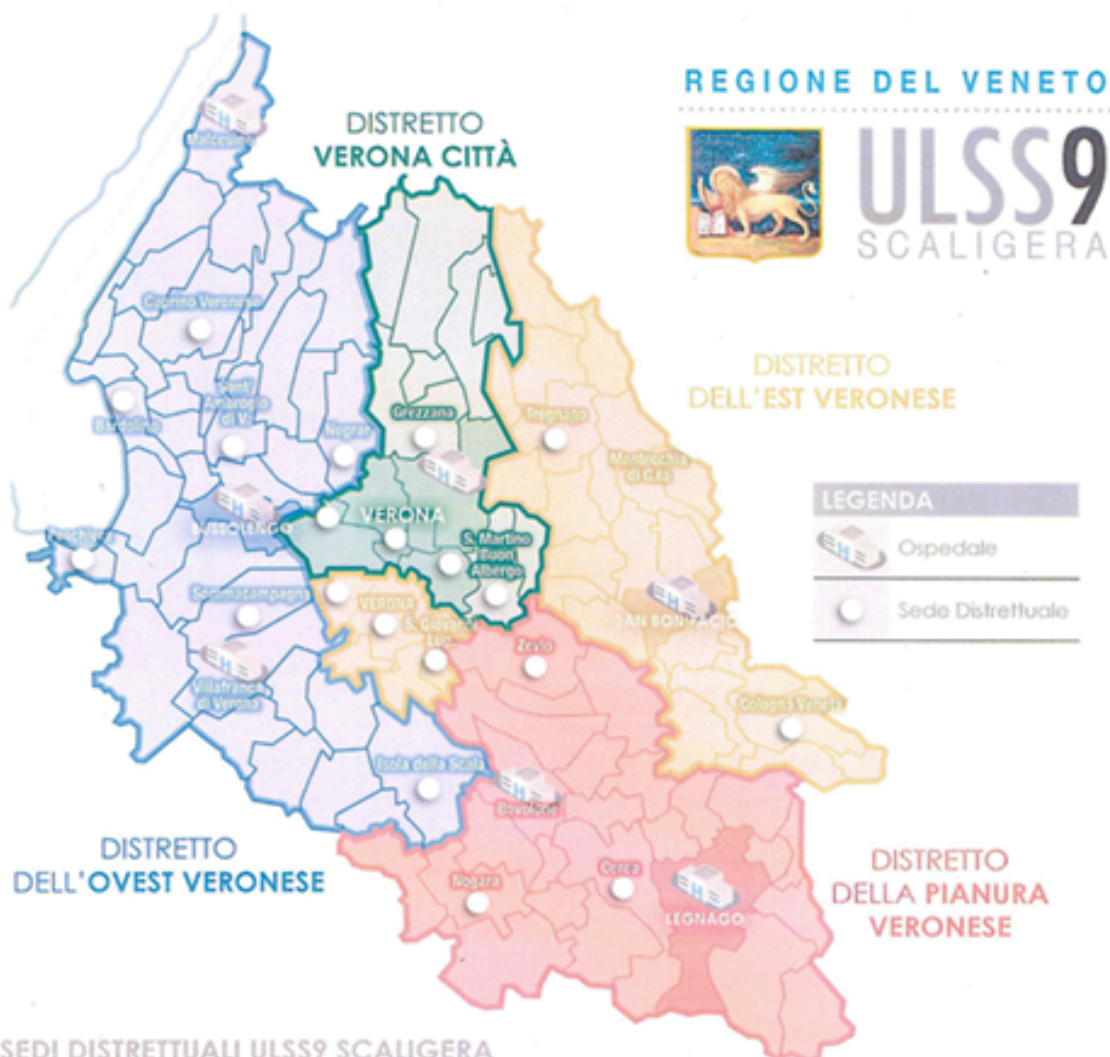
Il sito ufficiale internet dell'Azienda è all'indirizzo web www.aulss9.veneto.it ai sensi dell'art. 32 della legge 18 giugno 2009, n. 69, così come modificato dall'art. 2, comma 5, del D.L. 30/12/2009 n. 194, convertito con modificazioni dalla L. 26/2/2010 n. 25, l'Albo On-Line sostituisce a tutti gli 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 raggruppata 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 21% 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, i dati 2022 mostrano un valore più basso poco superiore a **17 milioni di presenze**, con un calo del 5%, determinato però da una sostanziale ripresa del Lago di Garda e di una diminuzione del 16% nel resto della Provincia.



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

Distretto VERONA CITTÀ			Distretto della PIANURA VERONESE		
GREZZANA	Piazza Bertani	045 807 5190	BOVOLONE	Piazzale Fleming - c/o Ospedale	045 6999519
S. M. BUON ALBERGO	Via Nazionale, 13	045 991 822	CEREA	Via Monte Carega	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	NOGARA	Via Raffa - c/o Centro S.P.	0442 537823
	Via del Capitol, 22	045 878 7777	ZEVIÒ	Via Chianini, 2	045 6068195
	Via Poloni, 1	045 807 5571	Distretto dell'OVEST VERONESE		
Via della Prateria, 9C - Fraz. Montorio			BARDOLINO	Via Gardesana Dell'Acqua, 9	045 6213100
045 884 0783			BUSSOLENGO	Via C. A. Dalla Chiesa	045 6712451
Distretto dell'EST VERONESE			CAPRINO VERONESE	Via Cappuccini, 34	045 6207198
COLOGNA VENETA	Via Pinascimento	0442 425 079	SANT'AMBROGIO DI VALPOLICELLA	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara	045 6864202
MONTECCHIA DI C.R.A.	Piazza Umberto, 1	0445 745 0016	ISOLA DELLA SCALA	Piazzale Kennedy, 1	045 6648422
SAN BONIFACIO	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped.	045 613 8426	MALCESINE	Via Gardesana, 57	045 6589369
S. GIOVANNI LURTO	Via Belluno, 14	045 829 9811	NEGRAR	Via Francia, 5	045 7501088
TREGNAGO	Via Massalongo, 7	045 780 8366	PESCHIERA DEL G.	Via Milano, 2	045 7550046
VERONA	Via Bengari, 4	045 493 2111	SOMMACAMPAGNA	Piazza Repubblica, 1	045 510300
	Via Valseggio, 39	045 950 655	VILLAFRANCA DI V.	Via ospedale, 2 - c/o Ospedale	045 6338480

Le Specificità dell'ULSS 9 Scaligera

Si sottolineano alcune caratteristiche dell'azienda e del contesto in cui opera che, per la loro peculiarità, determinano un livello di **complessità aziendale** singolare nel contesto regionale:

- ❖ Le **dimensioni aziendali** sono tra le maggiori in regione e solo la provincia di Padova e di Treviso hanno gli stessi numeri in termini di estensione del territorio di numero di abitanti e di comuni serviti.
- ❖ Va aggiunta però la particolare **configurazione orografica**, con una porzione rilevante di territorio montagnoso, e la presenza di importanti centri attrattori di **turismo**, in particolare sul Lago di Garda, che determinano problematiche e soluzioni organizzative peculiari, non comuni nelle altre ULSS di dimensioni paragonabili. Si pensi alle difficoltà nella coperture delle aree disagiate con servizi di assistenza primaria, o alle necessità di mantenere strutture in aree periferiche (ad esempio l'alto lago di Garda) con rilevanti problemi logistici e di reclutamento del personale.
- ❖ La dimensione geografica ha anche un'ulteriore specificità, in quanto l'ULSS 9 confina con la Lombardia e con il Trentino. Questa collocazione genera volumi di **mobilità extraregionale** (sia attiva che passiva) significativamente superiori alla media regionale, con l'ulteriore complicazione data dal ruolo giocato in questo senso dagli erogatori privati accreditati.
- ❖ Sempre accomunata in questo a Padova e Treviso, l'ULSS 9 nasce dalla fusione non di due bensì di **tre aziende pre-esistenti**. Il complesso meccanismo di investimento che lega le scelte regionali ed aziendali, soprattutto in ambito informatico, ha rallentato il processo di integrazione in maniera presumibilmente non comune.
- ❖ Altro elemento di complessità specifica è il peso **percentuale dell'attività sanitaria prodotta "indirettamente" tramite privati accreditati ed AOUI di Verona** è significativamente superiore a tutte le altre aziende. In particolare la presenza simultanea dei due erogatori privati più grandi della regione e dell'AOUI ha effetti significativi sulla capacità di programmare l'offerta e sulle possibilità di reclutamento di professionalità sul territorio. Si aggiunga che anche i processi di erogazione di prestazioni quali la farmaceutica, protesica ed integrativa, risultano molto influenzate dall'attività di aziende esterne, necessitando di strumenti di governo specifici che si affiancano ai normali meccanismi operativi interni.
- ❖ Anche l'**integrazione che nell'erogazione di alcuni servizi** ha avuto luogo **con AOUI**, con la parziale condivisione di spazi, personale, sistemi informativi e costi, genera un sensibile aumento di complessità, richiedendo continui aggiustamenti e generando problematiche di costi, operative e di privacy.
- ❖ Anche le **dotazioni di residenzialità per anziani**, pone l'ULSS 9 al di sopra della media regionale, determinando una tensione, anche sul piano economico, oltre che organizzativo.

Si deve tuttavia anche evidenziare che l'ULSS 9 registra la **popolazione più giovane** rispetto a tutti gli altri territori regionali, in particolare nel distretto 4 e la presenza di un numero di strutture di offerta senza dubbio maggiore di altri territori e dell'Università, rappresenta oltre che un elemento di complessità anche un punto di forza.

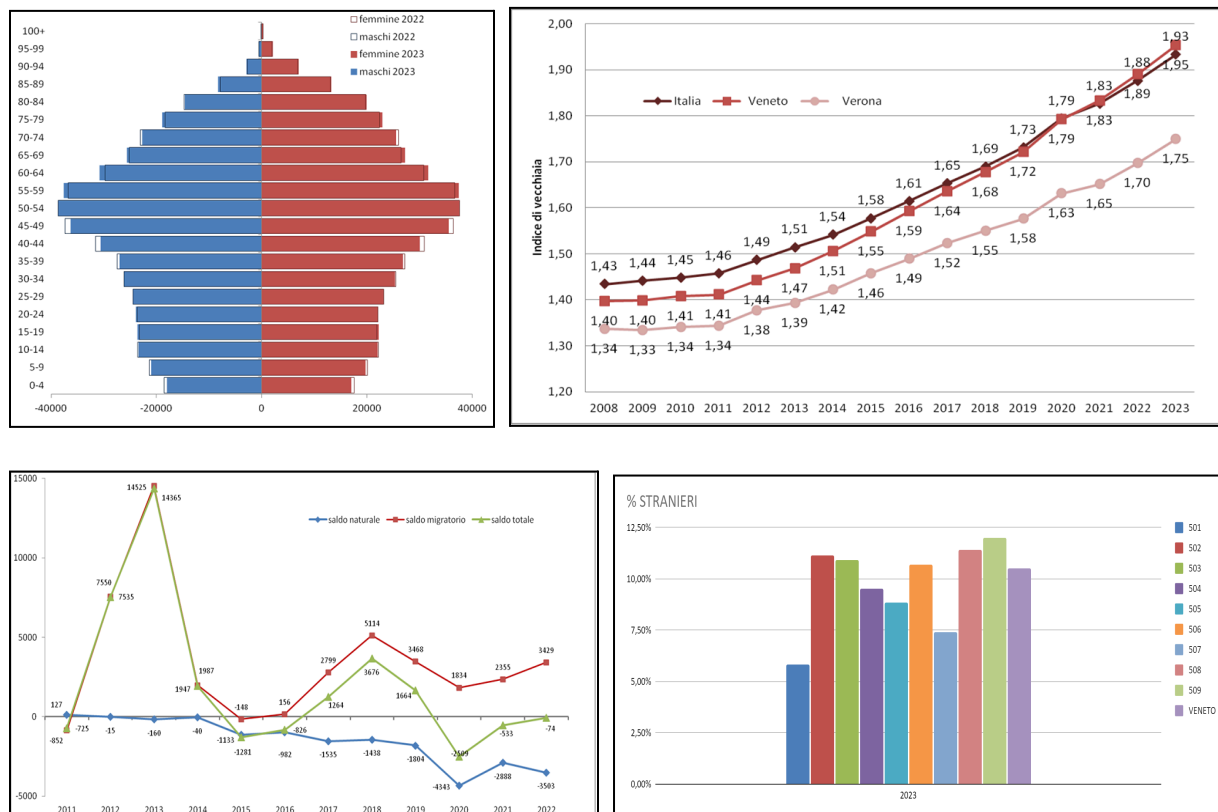
Analisi Demografica

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

	al 01/01/2022			al 01/01/2023 *			saldo 2023*-2022
classi di età	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
da 0 a 4	36.116	18.533	17.583	35.006	17.987	17.019	-1.110
da 5 a 14	87.284	44.940	42.344	86.160	44.364	41.796	-1124
da 15 a 24	90.864	46.948	43.916	91.738	47.407	44.331	874
da 25 a 44	216.346	109.534	106.812	213.637	108.155	105.482	-2.709
da 45 a 64	284.000	142.504	141.496	285.529	143.290	142.239	1.529
da 65 a 74	100.735	48.171	52.564	101.050	48.312	52.738	315
oltre 75	108.679	44.208	64.471	110.830	45.336	65.494	2.151
totale	924.024	454.838	469.186	923.950	454.851	469.099	-74

La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera risulta **stabile** rispetto all'anno precedente (-74 abitanti) ed è composta principalmente da popolazione adulta con un'età tra i 45 ed i 64 anni.

I seguenti Grafici evidenziano la distribuzione della popolazione residente in provincia di Verona suddivisa per classi quinquennali di età, sesso (ottenuti dal censimento permanente della popolazione) ed il trend dell'indice di vecchiaia, nel 2023 in ulteriore aumento (+2,9%) rispetto all'anno precedente. Si riportano anche i saldi naturale, migratorio e totale, ed infine la percentuale di stranieri residenti, confrontata con le Altre ULSS (si tratta del dato più alto in regione).



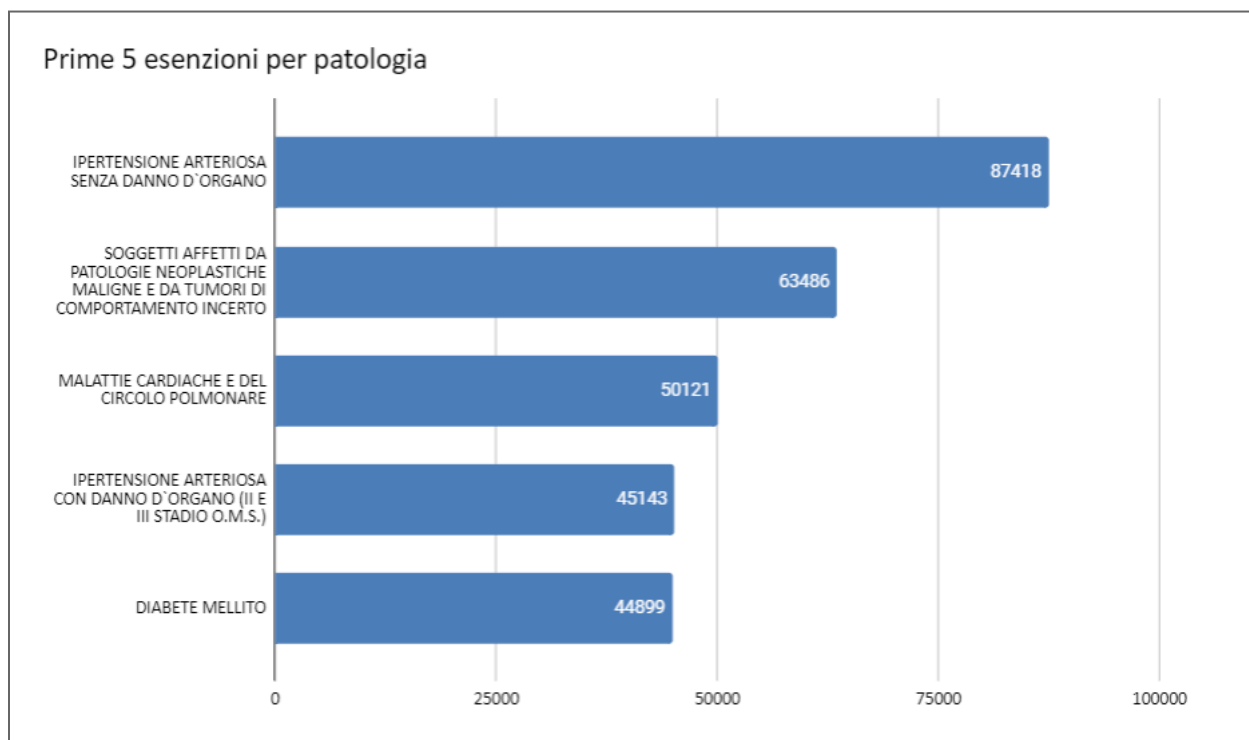
Per dare una misura degli effetti della dinamica demografica che la provincia sta vivendo, si è provato ad elaborare i dati ISTAT di previsione della popolazione negli anni 2028 (+5 anni) e 2033 (+10 anni) da oggi.

	tot over65	65-74	75-84	85+
Popolazione 1/1/2023	211.969	101.206	76.561	34.202
Previsione 2028	230.245	111.536	79.534	39.175
Previsione 2033	259.120	131.438	84.537	43.145
Attualmente in struttura residenziale per anziani (dato 2023)	7.225	581	1.958	4.686
Tasso di anziani in CDR	3,40%	0,60%	2,60%	13,70%
Anziani in CDR stimati nel 2028 (1)	8.042	640	2.034	5.367
anziani in più in CDR 2028	817	59	76	681
Anziani in CDR stimati nel 2033 (2)	8.828	755	2.162	5.911
anziani in più in CDR 2033	1.603	174	204	1.225

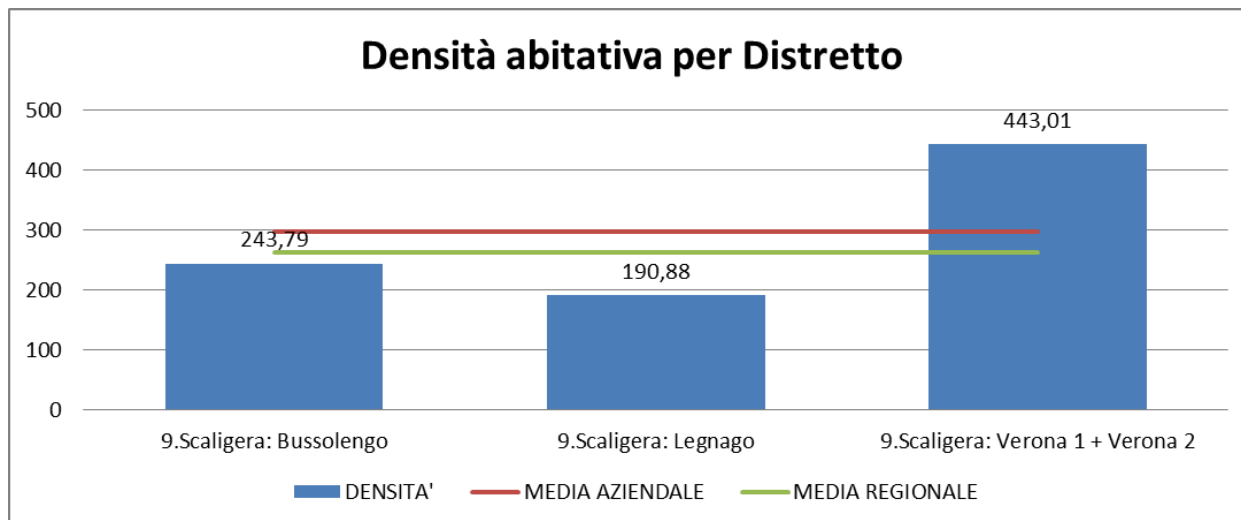
(1) applicazione del tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2028, (2) applicazione in tasso del 2023 alla popolazione prevista nel 2033

Ipotizzando di mantenere costante l'attuale capacità di assistenza degli over 65 in struttura residenziale (3,4% dati FAR elaborati dal CDG), si evidenzia che nel 2028 **sarebbero necessari 817 posti letto in più e nel 2033 1.603**. Alla luce dell'attuale dotazione di Posti letto, inferiore a 7.000, emerge un aumento molto rilevante, nell'ordine del 10/15% in dieci anni (vedi tabella successiva).

I **residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket** (dato rilevato al 31/12/2022) suddivisi tra i due principali aggregati di esenzioni sono: **169.173** per reddito; **319.401** per invalidità, malattie rare e patologia. I residenti assistiti con almeno un'esenzione nell'esercizio 2020 sono **357.990**, di questi **167.150** hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia. L'azienda presenta le stesse 5 esenzioni per patologia della media regionale, dalla quale si discosta unicamente per il peso % maggiore dell'ipertensione con danno d'organo.



La densità abitativa dell'ULSS è lievemente superiore alla media regionale, soprattutto per il parametro del Distretto di Verona.



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.

	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 01/01/2023	470.418	154.624	298.908	923.950
N. Comuni	36	25	37	98
Nati Vivi	3.357	1.069	2.056	6.482
Deceduti	5.298	1.755	2.932	9.985
Saldo naturale	-1941	-686	-876	-3.503
Stranieri Residenti al 01/01/2023	62.871	17.931	30.463	111.265
% residenti 0-14	12,9	13,3	13,3	13,1
% residenti >=65	23,7	23,2	21,6	22,9
% residenti stranieri	13,4	11,6	10,2	12,0
Indice di natalità	7,1	6,9	6,9	7,0
Indice di vecchiaia	1,83	1,75	1,63	1,75
Indice di carico sociale	57,7	57,6	53,7	56,4
Indice di dipendenza giovanile	20,4	20,9	20,4	20,5
Indice di dipendenza senile	37,3	36,6	33,2	35,9

Nel complesso relativamente all'assistenza ospedaliera, i **14 Presidi Ospedalieri** all'01/01/2023 disponevano di **2.228 posti letto** (1.301 nelle 7 strutture private accreditate) lievemente inferiori a quanto disposto dalla programmazione.

Nel 2022 i presidi dell'ULSS 9 (gestione diretta o privati) hanno erogato **96.200 ricoveri**; nel 2021 erano stati 89.422 e nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000. **Per l'anno 2023 si stima un'attività di circa 99.000 ricoveri.**

I Servizi di **Pronto Soccorso** hanno registrato **246.627 accessi** nel 2022, in aumento rispetto al 2021 (206.262), ma non ancora sui livelli pre-pandemia. **Per l'anno 2023 si stimano 255.000 accessi.**

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.

Il laboratorio con 6.653.331 di prestazioni nel 2022 (in aumento nel 2023 di circa 500.000 test stimati) rappresenta il 75% delle prestazioni. Nel 2023 si stimano (al netto del laboratorio) **2.239.246** prestazioni, in aumento rispetto alle 2.129.316, delle quali il 46% erogate da privati accreditati.

I pazienti **assistiti in ADI nel 2022 sono stati 14.883** (nel 2021 erano stati 11.319). Considerati i dati dei primi nove mesi, si stima che per l'anno 2023 gli **assistiti in ADI dovrebbero aumentare a 20.725**. 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).

Sul territorio, come strutture "intermedie" sono presenti **6 Ospedali di Comunità**, per complessivi 138 posti letto, e **3 Hospice** con 31 posti disponibili, con un totale anno 2022 di **1.339** giornate negli ODC e **531** negli Hospice.

Nel 2023 gli utenti assistiti presso strutture residenziali per anziani sono in aumento del 2% (2022 sono stati **6.638**) con un totale di **1.447.100** 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 ed il 2023 mostra un trend in incremento oltre l'1%.

Nel 2023 l'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare **684.581 vaccinazioni per la profilassi di malattie infettive** (esclusa vaccinazione anti Covid), lievemente diminuite rispetto al 2022 (709.463) ma su valori prossimi al pre-pandemia.

Relativamente all'attività di Screening nel 2023 l'attività ha registrato **inviti per 62.311 donne allo Screening Mammografico** (tasso di adesione 69%), **43.468 allo screening Citologico** (tasso di adesione 51%) e **119.663 persone allo screening del Colon-Retto** (tasso di adesione corretto 59%).

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

L'Atto Aziendale descrive la missione e la visione strategica aziendale nei seguenti termini:

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 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).

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

Le considerazioni relative al Valore Pubblico possono trovare agevolmente rappresentazione analitica e pratica, nei 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:

Acroni mo	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

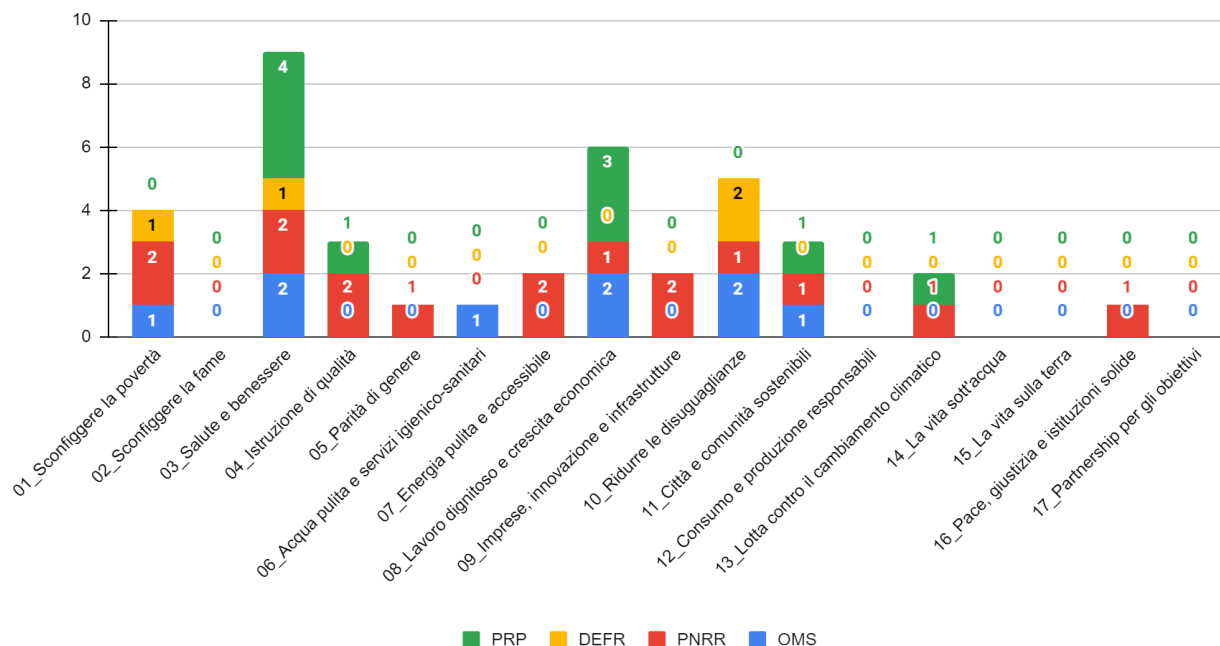
Sono inoltre utilizzati anche dall'OMS per misurare e confrontare i sistemi sanitari:

Acroni mo	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

Obiettivi per lo sviluppo sostenibile e documenti programmatici regionali: macro-obiettivi



Risulta pertanto 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).

La misurazione del Valore Pubblico

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.

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).

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.

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

Nel [capitolo dedicato al Monitoraggio](#) si riportano i valori di queste misure con riferimento alla Provincia di Verona, provvedendo un esempio concreto di misurazione del Valore Pubblico con riferimento al presente PIAO.

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

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.

Alla luce della Missione e della Visione aziendali, della definizione data di Valore Pubblico e della sua rappresentazione tramite gli obiettivi SDG (misurati tramite indicatori inclusi nel BES), si può agevolmente individuare in che modo l’ULSS 9 Scaligera identifica la creazione 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 **aumentare 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

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.

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).

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.

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.

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

Obiettivi	Performance	Anticorruzione e Trasparenza	Capitale Umano
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	Definizione ed Assegnazione di Obiettivi di Performance in termini di quantità e qualità dei servizi erogati	Programmazione ed applicazione di modelli di contenimento del rischio corruttivo	Azioni di reclutamento, formazione e retaining ed implementazione di azioni per il Benessere Organizzativo
Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino;	Specifici obiettivi sui tempi d'attesa, copertura bisogni degli anziani	Applicazione e monitoraggio disposizioni in termini di trasparenza	Organizzazione percorsi formativi per l'umanizzazione delle cure
Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, anche attraverso l'attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare l'azienda;	Specifici obiettivi su attuazione del PNRR, sulla digitalizzazione e reingegnerizzazione processi	Adozione di strumenti per la digitalizzazione per la trasparenza anche per il contrasto alla corruzione	Organizzazione percorsi formativi per la digitalizzazione del personale
Perseguimento dell'equilibrio economico per contribuire ad una sana gestione della finanza pubblica e rispettare le risorse fornite dai contribuenti	Specifici obiettivi su contenimento dei costi ed efficientamento dell'utilizzo delle risorse	Contenimento dei rischi corruttivi sui processi di acquisizione e cessione di risorse economiche	Programmazione dei fabbisogni e governo dei costi dell'organismo personale Organizzazione percorsi per il miglioramento della gestione del personale e delle risorse economiche

Focus: Piano per la Transizione Digitale

Tra le strategie tese ad incrementare il valore pubblico abbiamo citato

- l'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

In questo ambito per il triennio 2024-2026 l'Azienda intende perseguire gli obiettivi strategici:

1. migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino;
2. sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.

Per ogni obiettivo strategico sono stati definiti degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi riportati sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall'Azienda nell'ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);

- dall'altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV n. 1682 del 29.12.2023 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2024" (tipo obiettivo "R").

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale: in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall'Azienda.

Obiettivo strategico 1 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

L'Azienda mira a migliorare l'accessibilità ai propri servizi intervenendo su due piani di azione. Da un punto di vista fisico l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" sviluppando i servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali e le case di comunità, e potenziando gli infermieri di famiglia. Da un punto di vista digitale, l'Azienda intende sviluppare strumenti informatici che consentano al cittadino di prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali (servizi on-line), nonché ampliare le prestazioni di telemedicina che grazie all'utilizzo di tecnologie moderne rendono possibile un ripensamento dell'assistenza territoriale.

L'obiettivo in particolare tiene conto della "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 dell'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Digitale.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Passaggio a HYBRID CLOUD per tutte le piattaforme WEB del sito istituzionale - applicativi web specifico fornitore	A	Migrazione delle attuali gestioni al nuovo sistema come previsto da Investimento 1.2. "Abilitazione al Cloud per le PA Locali"	Scadenza PNRR	Collaudo di 3 mesi e successiva Messa a regime
SVILUPPO ORGANIZZATIVO	A	Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato dal Piano Formazione Integrato	Syllabus / Formazione RTD	Incremento percentuale partecipazione del 10%
Accessibilità digitale: DIGITAL E-HEALTH EMPOWERMENT	A	Potenziamento dei servizi on-line da parte dei cittadini, affinché in modo autonomo possano accedere digitalmente ai servizi digitali (accesso con codice fiscale)	Avvio della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali da parte del cittadino (CUP - SIO regionale)	
			Completamento sistemi di pagamento in adozione al sistema PagoPA	Estensione altri Enti / Operatori

			Progettazione Funzione di visibilità dei dovuti non pagati (dovuti che originano recupero dei crediti)	Attuazione e completamento progettazione
COMUNICAZIONE DIGITALE	A	Ampliamento comunicazione al cittadino mediante APP IO	Progettazione sistema di trasmissione mediante APP IO di informazioni finalizzate alla gestione dello scadenziario individuale su APP IO	Realizzazione progetto
Sviluppo della telemedicina per pazienti disabili in controllo a distanza domiciliare sincrono o asincrono	A	Monitoraggio a distanza dei pazienti in età evolutiva con disabilità da neurolesione	Progettazione sistema integrato per televisita - tele consulto e telemonitoraggio fisioterapico o logopedico	Test e collaudi
		Teleriabilitazione e controllo del bambino con sindrome di paralisi cerebrale o patologie genetiche/ oncologiche: presa in carico con tecnologia del fisiatra/ fisioterapista e telecontrollo con i genitori	n. 25 pazienti	Incremento del 30%
		Monitoraggio a distanza dei pazienti inseriti nei CEOD con grave disabilità da neurolesione per il follow up sugli ausili	Attivazione sistema integrato per televisita - tele consulto e telemonitoraggio fisioterapico	Test e collaudi
		Gestione in telemedicina dei pazienti con disabilità muscolo scheletriche.	Attivazione programma per n. 200 pazienti con disabilità muscoloscheletrica in dimissione anticipata rispetto alla soglia da rieducazione intensiva e seguita a domicilio	Mantenimento evolutivo in termini di riduzione di trattamento in degenza intensiva

		Attivazione della telemedicina (Decentralized care) e programma di teleriabilitazione per il paziente con neurolesione	Attivazione programma per n. 70 pazienti con disabilità da neurolesioni in dimissione da rieducazione intensiva e seguiti a domicilio	Mantenimento evolutivo in termini di riduzione degli accessi ambulatoriali
Sportello Distrettuale online, per evitare l'accesso fisico alle sedi amministrative distrettuali	A	E' possibile scegliere il proprio MMG / PLS direttamente on - line seguendo le indicazioni riportate nel sito istituzionale www.aulss9.veneto.it	Estensione del progetto a tutte le casistiche di scelta \ revoca medico	Sostituzione integrale del processo di scelta e revoca che diventerà solo digitale
Portali per attività veterinarie	A	Sviluppo di un portale dei servizi per gli operatori (per esempio legati alle esportazioni di carni)	Completamento analisi dei servizi	Realizzazione progettazione
Realizzazione di un portale aziendale informativo e di procedure digitali interne		Sviluppo nella INTRANET Aziendale di un portale informativo che sia sistema delle procedure interne on line (richiamo in servizio,...)	Completamento analisi delle esigenze e realizzazione degli elementi comuni fondamentali	Realizzazione completa

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Perseguimento PNRR M6	R	S.3.S.5 PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	Si	Si
		Q.5.D.1 Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	Si	Si
Sviluppo assistenza territoriale	R	S.4.D.3 Monitoraggio attività di teleconsulto per ospedali spoke	SI	SI

Obiettivo strategico 2 - Sviluppare l'Innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che si possa sempre migliorare e che solo mettendo in discussione prassi a volte consolidate negli anni si possano trovare nuove strade più efficienti ed efficaci, anche grazie allo sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale.

In questo contesto particolare rilevanza assume il tema della gestione delle liste d'attesa che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da

parte dell'Azienda che si assume la responsabilità di seguirlo nell'affrontare il suo problema di salute per tutto il tempo necessario, non solo nella fase acuta ma anche nei controlli successivi.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2025-2026
Implementazione delle attività di Cybersecurity al fine di aumentare il livello di sicurezza informatica	A	Prosecuzione del progetto aziendale	90% delle FASI previste PER l'anno	Mantenimento
Strategia di intervento finalizzata a evitare che i benefici della digitalizzazione siano annullati da perdite di dati ed utilizzi impropri	A	Interventi di cybersecurity di definizione e gestione dei livelli che vanno a coprire l'intero sistema informativo aziendale e che hanno al centro il dato informatico. Le tecnologie coinvolte sono numerose (Firewall UTM, segmentazione in VLAN, gestione delle credenziali di accesso IAM, SIEM, WAF, IPAM, SOAR ecc.,ecc.) per proteggere tutti gli strati di informatica coinvolti.	Progetto di riconoscimento di ogni apparato (anche se di proprietà dell'ente) o utente connesso alla rete come potenzialmente malevolo.	"Zero-Trust Access"

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2024	TARGET BIENNIO 2024-2026
Miglioramento dei tempi di attesa	R	S.1.D.7 Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	Mantenimento
Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	R	S.3.S.6 SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	Si	Si
Sviluppo dei progetti di qualità percepita	R	Q.11.S.1 Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di clima interno, rilevazione esperienza del paziente e sanità partecipata	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23) e Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	Mantenimento

Tutti gli obiettivi evidenziati nelle tabelle sopra, sono inclusi tra gli obiettivi di performance(vedi Allegato 2 “Documento delle Direttive”).

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) 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.

Inoltre tutti i progetti edilizi finanziati dal PNRR richiedono che si raggiungano obiettivi di riduzione dei consumi degli stabili oggetto di intervento.

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.

Tutti i progetti sono consultabili nell'apposita sezione predisposta su sito aziendale - intranet al link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Benessere-organizzativo-1>

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>), 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.

Focus: Protezione dei dati personali (privacy)

A far data dal 25 maggio 2018 ha trovato diretta ed immediata applicazione sul territorio nazionale il nuovo Regolamento Europeo n. 2016/679 (così detto GDPR –General Data Protection Regulation) sulla privacy, approvato il 27 aprile 2016 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione Europea il 04 maggio 2016. Ciò ha comportato l’aggiornamento, delle disposizioni legislative di cui al previgente Codice della privacy (D.lgs. 196/2003 come successivamente modificato dal Legislatore italiano con il D.lgs. 101 del 10 agosto 2018 di adeguamento al GDPR), così come delle norme regolamentari emanate negli anni dall’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nella misura in cui le norme nazionali risultino contrastanti o incompatibili con quelle europee. Il principio cardine, di matrice anglosassone, introdotto dal nuovo Regolamento Europeo è quello della “responsabilizzazione” (accountability nell’accezione inglese) che pone in carico al Titolare del trattamento dei dati l’obbligo di attuare politiche adeguate in materia di protezione dei dati, con l’adozione di misure tecniche ed organizzative, anche certificate, che siano concretamente e sempre dimostrabili, oltre che conformi alle disposizioni europee (principio della “conformità” o compliance nell’accezione inglese); vi è quindi l’obbligo di porre in essere comportamenti proattivi, tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l’applicazione del Regolamento UE. Nell’ottica del Legislatore europeo, quindi, in materia di privacy ciascun Titolare può scegliere autonomamente il modello organizzativo e gestionale che ritiene più adatto alla propria realtà e dotarsi delle misure di sicurezza che ritiene più efficaci in quanto Egli risponde delle proprie azioni e deve essere in grado, in qualsiasi momento, di darne conto verso l’esterno (il termine accountability, infatti, rinvia letteralmente al concetto di “resa di conto”). Questa Azienda ULSS 9 Scaligera, nella persona del Direttore Generale, ha fatto proprio l’approccio del Legislatore europeo relativo all’accountability ed alla compliance, ponendo in essere una serie di documenti e di attività attuative della norma europea, anche sulla base delle indicazioni/linee guida nel frattempo dettate da Azienda Zero (ente di governance della sanità veneta e di coordinamento delle aziende sanitarie della regione del Veneto). Al link https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=393 sono disponibili i principali documenti in ambito privacy dell’Azienda ULSS 9: Testi Normativi, gli opuscoli descrittivi del Garante Privacy, la modulistica aziendale, ecc. Nella intranet aziendale è messa a disposizione dei delegati e degli autorizzati tutta la documentazione aziendale ed i pareri dell’RPD necessari per porre in pratica il sistema privacy dell’ Azienda ULSS 9.

Ulteriore strumento per la gestione del sistema privacy aziendale è il registro dei trattamenti informatizzato che contiene oltre all’elenco dei trattamenti i ruoli dei soggetti interni (titolare, delegato, autorizzato, RPD, referente privacy, ecc.) ed esterni (responsabili, contitolari, interessati, ecc.) sui trattamenti stessi. Nello stesso applicativo informatizzato troviamo anche il registro dei data breach, la gestione delle DPIA e degli Audit sempre nell’ambito della protezione dei dati.

Nel 2023 è stato formalmente approvato il ruolo e le competenze del referente privacy aziendale.

Nel corso del 2023 l’Ufficio Privacy Aziendale ha cercato di aumentare la cultura e la consapevolezza sui rischi collegati alla protezione dei dati. Per questo motivo è stata creata una rete di dipendenti di riferimento, denominati punti di contatto, con i quali sono stati svolti 5 incontri nel 2023, al fine di favorire la diffusione delle informazioni e raccogliere potenziali criticità nell’ambito della privacy.

A questo si è aggiunta l’attività di formazione ed informazione che si è tradotta nella riproposizione di un corso FAD di alfabetizzazione sull’argomento, l’effettuazione di un corso sul codice di condotta per l’utilizzo dei dati sanitari per fini didattici e di pubblicazione scientifica, rivolto alle professioni sanitarie e altri 5 incontri di tipo informativo.

Nel 2023 sono stati inoltre registrati 10 incidenti relativi alla protezione dei dati, per due di questi è stato necessario effettuare la notifica al Garante per la Protezione dei Dati Personali. Il Garante ha inoltre notificato l’avvio di un procedimento nei confronti dell’AULSS su un reclamo presentato all’Autorità nel 2022, si è in attesa delle ulteriori osservazioni del Garante a quanto comunicato da questa ULSS. In relazione a questo episodio è stato effettuato un audit al fine di eliminare i fattori che hanno determinato l’episodio.

Sulla parte relativa al **codice di condotta** per l’utilizzo dei dati sanitari per fini didattici e di pubblicazione scientifica sono state gestite 3 richieste di dataset e fornito supporto per 28 tesi di laurea delle professioni sanitarie. Come previsto dal codice, sulla sua corretta applicazione, si è anche subito un’attività di audit svolta da Azienda Zero per la quale si stanno attendendo i risultati.

A tutto questo si aggiunge, sempre nel 2023, la normale attività di supporto che si fornisce ai Delegati ed al RPD che comprende argomenti relativi al fornire e richiedere pareri e chiarimenti, aiutare i servizi nella nomina dei responsabili, nella stesura delle informative, nello svolgimento delle DPIA e supportare ed istruire nella gestione del registro informatizzato dei trattamenti.

Nel corso del 2024 si prevede di continuare con le attività del 2023, ed in particolare:

- portare gli incontri con i punti di contatto ad una frequenza di 1 al mese;
- aumentare le attività relative alle DPIA;
- svolgere attività di audit sulle casistiche che si rivelino critiche al fine di evitare incidenti;
- fornire formazione sulle casistiche critiche occorse nel 2023;
- affrontare dal punto di vista della protezione dei dati le tematiche relative alla cybersecurity;
- supportare il sistema privacy dell'AULSS 9

Performance

In premessa si è evidenziato come la gestione della performance abbia un effetto sulla creazione di valore in via diretta in quanto il raggiungimento di molti obiettivi aziendali coincide con l'aumento di valore (in particolare con l'erogazione di servizi sanitari in quantità e qualità adeguata). Si è anche evidenziato che gli obiettivi di performance però catturano anche obiettivi intermedi, in buona parte relativi all'organizzazione, al capitale umano, all'innovazione ed al contenimento dei rischi, e pertanto se raggiunti hanno un effetto "indiretto" sulla creazione di valore.

In questa sezione del PIAO 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 solo nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", 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, da leggersi in maniera integrata con l'Allegato che ne fa parte integrante, 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).

Si rimanda al Capitolo dedicato al [Monitoraggio](#) dove si evidenziano ed approfondiscono le modalità di verifica della performance.

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.

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

Si può notare che le Aree strategiche si legano in maniera evidente alle strategie di creazione di valore

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive" si **dettaglia il processo di budget** e si riportano le fonti ed il dettaglio degli obiettivi di performance per l'anno 2024 suddivisi per singola Area, alla luce delle più recenti disposizioni (Obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale per l'anno 2024 DGR 1682/2023 ed Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliare per gli anni 2023-2024, comunicati con nota Prot. n. 297270 del 1.6.2023).

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", 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** (Allegato 2 Cap.3.2.1);
 - b. Effettuazione delle **attività di Screening** (Allegato 2 Cap.3.2.2);
 - c. Sviluppo delle Cure Primarie: **Servizi Medici Distrettuali** (Allegato 2 Cap.3.2.3);
 - d. Erogazione dell'**attività di Ricovero secondo gli standard** (Allegato 2 Cap.3.2.6);
- B. Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino;
 - a. Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del **DM 77** (supportato dagli investimenti del PNRR) con **particolare attenzione all'ADI** (Allegato 2 Cap.3.2.4 e 3.2.5);
 - b. Rispettare gli **standard relativi ai tempi d'attesa** (Allegato 2 Cap.3.2.7);

- c. Allestire, impiegando i fondi del PNRR, le **COT**, le **Case della Comunità** e gli **Ospedali di Comunità** secondo la programmazione (Allegato 2 Cap.3.2.14);
 - d. perseguire gli **obiettivi di trasparenza** ed aggiornamento delle informazioni sul **sito aziendale**;
- C. Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, anche attraverso l'attuazione del PNRR e degli altri interventi di innovazione organizzativa e tecnologica per modernizzare l'azienda;
 - a. Esecuzione del Piano di diffusione dell'utilizzo del **Fascicolo sanitario elettronico** (FSEr) (Allegato 2 Cap.3.2.10);
 - b. Integrazione dei Sistemi Informativi ed **avvio del SIO** - Sistema Informativo Ospedaliero (Allegato 2 Cap.3.2.11)
 - c. **Attuazione del PNRR** nell'ambito della Digitalizzazione in particolare sulla Cyber Security (Allegato 2 Cap.3.2.12);
 - d. Effettuazione della **formazione** relativa alla Digitalizzazione (Allegato 2 Cap.3.2.13);
- D. 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 (Allegato 2 Cap.3.2.8);
 - b. Rispetto del **livello di costosità programmata** regionale (Allegato 2 Cap.3.2.9);
- E. **Attuazione dei piani di contrasto alla corruzione**, perseguendo obiettivi di equità nell'amministrazione e garantendo il corretto uso delle risorse pubbliche e;
- F. Rispetto sostanziale dei principi di **trasparenza**:
 - a. Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (Allegato 2 Cap.3.2.15).

Nell'Allegato 2 "Documento delle Direttive", sono riportati **tutti gli indicatori di misurazione** (oltre 180) tramite cui è possibile verificare il raggiungimento degli obiettivi specifici.

Infine, in coerenza con le Linee Guida Ministeriali per questa sezione del PIAO si puntualizza 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 (prosecuzione progetti obiettivo 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 (Obiettivo S.4 "Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022" Allegato A DGR 1682/2023);
- gli **obiettivi di digitalizzazione** rilevanti per la Performance sono:

- innanzitutto quelli dell'area S.3 "Perseguimento PNRR M6" (Allegato A DGR 1682/2022) in particolare S.3.S.5 "PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione", S.3.S.6 "SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello" ;
- altrettanto rilevanti per il cittadino/utente/paziente anche in un'ottica di semplificazione, sono le previsioni dell'obiettivo S.3.S.7 "PNRR: "ADI" e "Telemedicina"
- infine tra gli obiettivi di performance previsti dalla DGR 1682/2023, è importante il Q.5.D.1 "Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG";
- 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 1682/2022 dell'area S.1 Miglioramento dei tempi di attesa che pesa per *oltre il 20% 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);
 - Particolare attenzione infine è posta alle sale operatorie con esplicita richiesta di "Miglioramento di un set indicatori di efficientamento dell'utilizzo della sala operatoria" (obiettivo E.4.S.1 Allegato 2 DGR 1682/2023);
- per gli **obiettivi e performance finalizzati alla piena accessibilità dell'amministrazione**:
 - in primo luogo si ricorda che l'obiettivo E.3.S.2 "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, adeguato alla prosecuzione dei processi, DGR 1682/2023 Q.11.S.1 "Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di rilevazione esperienza del paziente (PREMs, PROMs, PaRIS) e di sanità partecipata"
- obiettivi e performance **per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere** va evidenziato:
 - quanto previsto con l'obiettivo Q.11.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),
 - c'è un obiettivo dedicato alle "Strategie di reclutamento del personale SSR" (Allegato A DGR 1682/2023 Obiettivo S.3)
 - ma sono importanti anche i molteplici obiettivi dedicati all'inclusione dei soggetti fragili, quali il Q.5.D.3 "Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024" e Q.10.S.1 "% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi"

Si segnala tra le novità rilevanti in ambito di valutazione della performance individuale, la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 ([link](#)) che individua un percorso innovativo e particolarmente sfidante. L'ULSS 9 Scaligera, sulla scorta delle linee guida disponibili revisionerà nel corso del triennio le procedure per l'effettuazione della valutazione individuale, tenendo conto degli strumenti indicati per favorire l'incremento delle performance, l'aumento della responsabilizzazione individuale, la valorizzazione del personale (in particolare la connessione con la formazione) ed il benessere organizzativo.

Rischi corruttivi e trasparenza

Parte I - Gestione Dei Rischi Corruttivi

Premessa

L'art.1 della legge 6 novembre 2012, n.190 ha previsto l'adozione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza quale documento programmatico volto al costante sviluppo e all'aggiornamento delle misure atte a prevenire, anche attraverso la leva strategica della trasparenza, ogni forma di illegalità e di "maladministration".

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, che ha previsto, all'art. 6, l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione (cd. PIAO), la pianificazione relativa alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza è divenuta parte integrante, insieme agli altri strumenti di pianificatori espressamente indicati, del suddetto Piano integrato di attività e organizzazione.

In base a quanto disposto dai commi 5 e 6 del predetto art.6 sono stati, poi, emanati il D.P.R. del 24 giugno 2022 n. 81 "Regolamento recante l'individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" e il D.M. 30 giugno 2022, n.132 "Regolamento recante definizione del Piano integrato di attività e organizzazione" che hanno provveduto a definire la disciplina del PIAO.

Nella stesura del presente Documento si è, altresì, tenuto debitamente conto sia delle indicazioni impartite dall'ANAC attraverso il "Piano Nazionale Anticorruzione" (PNA) che costituisce Atto di indirizzo e, come tale, vincolante per le Amministrazioni destinatarie del medesimo (v.art.1, comma 1 legge n.190/92), sia di tutte le altre direttive contenute in specifici atti o circolari.

Tra queste, nella specie, le Linee guida contenute nel Vademecum approvato dal Consiglio dell'Autorità il 2 febbraio 2022 concernente "Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022", in cui l'ANAC ha, in particolare, rappresentato alle Amministrazioni di tenere conto delle indicazioni contenute nel PNA 2019. Tali Linee guida sono state richiamate anche nel PNA 2022, valido per il triennio 2022-2024, adottato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 e definitivamente approvato con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 a seguito dei pareri resi dal Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e dalla Conferenza Unificata Stato – Regioni – Autonomie locali, nonché nell'Aggiornamento PNA 2023 (mettendola a deliberare in tempo utile).

Il presente documento si pone, pertanto, da un lato, in una linea di tendenziale continuità con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza degli scorsi anni adottati sulla base delle indicazioni operative contenute nel PNA 2019/2021 e, dall'altro, tiene conto delle disposizioni, di estremo rilievo, introdotte dall'ANAC nel PNA 2022, in un'ottica di progressivo allineamento alle prescrizioni ivi contenute.

Tutto ciò premesso, nell'elaborare la strategia di prevenzione della corruzione per il triennio 2024 -2026 ci si è basati, sui seguenti 4 fattori che influenzano e regolano le scelte di ciascun Ente:

- la mission istituzionale dell'Amministrazione;
- la struttura organizzativa e l'articolazione funzionale;
- il processo di gestione dei rischi corruttivi;
- le risultanze del monitoraggio.

In conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della predetta legge n.190/2012 e dalle disposizioni normative successivamente intervenute, il presente Documento delinea le azioni programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza per il triennio 2024-2026 in aderenza a quanto in merito contenuto nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda ULSS.

Nell'atto di indirizzo politico-istituzionale della DGR 1682/2023 con cui la Regione ha assegnato gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2024, nell'ambito delle priorità amministrative e delle connesse linee strategiche individuate al punto E, "E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari", viene, infatti, evidenziata la

necessità di “realizzare interventi volti a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza dell’azione amministrativa, anche attraverso l’attuazione delle misure di prevenzione e repressione della corruzione”.

Il presente Piano, nell’assicurare, comunque, la necessaria continuità alle iniziative da tempo intraprese dall’Amministrazione in tema di prevenzione e contrasto ai fenomeni corruttivi, si pone l’obiettivo di aggiornare i contenuti del precedente Piano, in attuazione del più generale principio del cosiddetto “miglioramento continuo e graduale”, secondo le priorità politiche-amministrative individuate dal Direttore Generale.

In tale percorso, progressivamente affinandosi nel corso degli anni, fondamentale risulta l’apporto conoscitivo e operativo delle componenti dell’Amministrazione chiamate a partecipare, non solo all’attuazione e alla conseguente attività di verifica e monitoraggio delle misure già previste, ma anche all’individuazione e/o adeguamento delle misure da inserire nel nuovo Piano.

Agli indicati fini, nell’ottica della consueta collaborazione e in adesione alle direttive ANAC in materia, è stato formalmente richiesto ai Dirigenti Referenti della Prevenzione della Corruzione dell’Amministrazione (Del. 232 del 12/04/2018), oltre ai necessari elementi conoscitivi relativi alla prescritta attività di monitoraggio, ogni utile considerazione in vista della redazione della successiva pianificazione in materia di anticorruzione, tenendo conto dei rispettivi, specifici contesti lavorativi. In particolare, in occasione del monitoraggio, a cadenza semestrale, per ciascuno dei processi analizzati con misure specifiche individuate nel Piano, è stato chiesto al process owner di compilare un questionario di valutazione del sistema di gestione dei rischi e dell’efficacia delle misure specifiche individuate, nonché, in vista dell’adozione del nuovo PIAO e del documento strategico in materia di anticorruzione e trasparenza, ogni utile considerazione in merito alle stesse atteso che, come evidenziato anche nel Piano in vigore, le strategie e le misure di prevenzione della corruzione possono essere di volta in volta, calibrate, modificate e, se del caso, opportunamente integrate.

Come sovente affermato dall’ANAC, infatti, l’individuazione delle misure idonee a prevenire gli specifici rischi rientra tra i compiti di ciascun dirigente che, in quanto competente per la propria Unità, è a conoscenza dei processi e delle attività svolte, nonché degli specifici contesti lavorativi in cui il medesimo opera.

Il presente Documento, come sopra accennato, tiene, altresì, conto delle risultanze emerse nella Relazione annualmente predisposta dal RPCT e, nella specie, nella Relazione 2023. Inoltre, come meglio precisato nella parte generale, in linea con le indicazioni operative contenute nel predetto Vademecum dell’ANAC, richiamato da ultimo nel PNA 2022, in cui viene raccomandato alle Amministrazioni di prevedere e definire **idonee modalità di coordinamento fra il RPCT ed i Responsabili degli Uffici dell’amministrazione che si occupano dell’elaborazione delle altre Sezioni del PIAO, si sono tenute apposite riunioni con i competenti uffici dell’Amministrazione**. In particolare, come lo scorso anno, allo scopo di approfondire e definire gli aspetti formali e sostanziali dell’adottando PIAO, ivi compresa, quindi, la Sezione dedicata alle strategie di contrasto alla corruzione, si sono tenute, alla presenza dell’Unità del controllo di Gestione a cui è stata attribuita la “Cabina di regia” presieduta dal Referente della Performance, apposite riunioni con i rappresentanti di tutte le Unità e il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Gli Attori e le loro Principali Competenze

La vigente normativa in materia di prevenzione e lotta ai fenomeni corruttivi individua e definisce, come noto, i diversi attori chiamati ad espletare, in stretta sinergia, un’azione di grande rilievo, ciascuno nell’ambito del proprio ruolo caratterizzato da specifiche competenze e responsabilità.

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. L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è stato conferito alla Dott.ssa Francesca Lazzarotto con Delibera del Direttore Generale n. 1/DG del DATA 2023. L'individuazione del Responsabile è stata effettuata in conformità alle indicazioni dell'ANAC e, quindi, della considerazione che le funzioni del RPCT devono essere preferibilmente assegnate a dirigenti non titolari di Uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva o comunque, attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Sulla base dei suesposti criteri viene individuato il sostituto del RPCT nei casi di assenza o impedimento di quest'ultimo.

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

L'Organismo indipendente di valutazione della performance, operante nella ULSS 9 Scaligera, riveste rilevanza specifica nell'ambito delle strategie volte al contrasto della corruzione offrendo un qualificato supporto metodologico al RPCT per la corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo.

Inoltre, favorisce l'osmosi metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

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.

Per quanto riguarda il tema dei rapporti con gli stakeholders e della individuazione degli ambiti di interrelazione, va in primo luogo rilevato che la peculiarità e l'ampiezza delle funzioni istituzionalmente svolte dall'Amministrazione implicano un riflesso dell'azione complessiva che, arriva ad interessare tutti soggetti, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale. L'esigenza di perfezionare il proprio ruolo sociale, esprimendo con chiarezza e comprensibilità le linee di un agire imparziale, che garantisca l'affidamento da parte dei cittadini, nonché di perseguire standard più elevati di qualità dei servizi e diffondere la cultura della Legalità e della trasparenza, vede impegnata la ULSS in uno sforzo di intercettazione e valorizzazione del feedback con i principali fruitori di servizi. Nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni, la ULSS favorisce infatti da tempo, attraverso i vari organismi partecipati da stakeholder esterni, il coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società. Nella parte del PIAO dedicata alla Performance cui si rinvia, (Sezione del PIAO stesso) sono stati dettagliatamente descritte le diverse categorie di stakeholder con riferimento alle principali macroattività, che sostanzialmente appartengono alle principali attività svolte dall'Amministrazione, nonché il risultato di sintesi degli stakeholder chiave, ovvero quelli comuni a tutte le macroattività, come ivi individuate.

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.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza ed il collegamento con il documento relativo alla performance

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della legge n. 190/2012, il Piano contiene le azioni strategiche e programmatiche in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che

costituiscono anche contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda ULSS, nell'ambito delle priorità amministrative e delle connesse linee strategiche individuate dalla DGR 1682/2023 con cui la Regione ha assegnato gli obiettivi di salute e funzionamento per l'anno 2024, dove al punto E, "E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari", viene, infatti, evidenziata la necessità di realizzare interventi volti a garantire il rispetto dei principi di legalità, integrità e trasparenza dell'azione amministrativa, anche attraverso l'attuazione delle misure di prevenzione e repressione della corruzione.

A tal fine, viene specificato che saranno perseguite le seguenti linee di intervento:

- OBIETTIVO Regionale E.3.S.2. : Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT1: **Perfezionamento del sistema** di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione – attraverso interventi mirati a **garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente"** pubblicate sul sito istituzionale, promuovendo, al contempo, la tempestività degli adempimenti;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT3: Fornire un supporto giuridico e metodologico agli uffici nella **trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato**, in particolare sulle decisioni assunte dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei **processi** finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.

Le suddette Linee di intervento formeranno **oggetto di specifici obiettivi** trasfusi e declinati nella Sezione del PIAO contenente il Piano della Performance che, in conformità alle intenzioni del Legislatore, sarà strettamente coordinato con il settore dedicato all'anticorruzione.

Tutte le strutture dell'Amministrazione saranno, pertanto, opportunamente coinvolte per il raggiungimento dei predetti obiettivi.

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.
- 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 tecnostuttura.

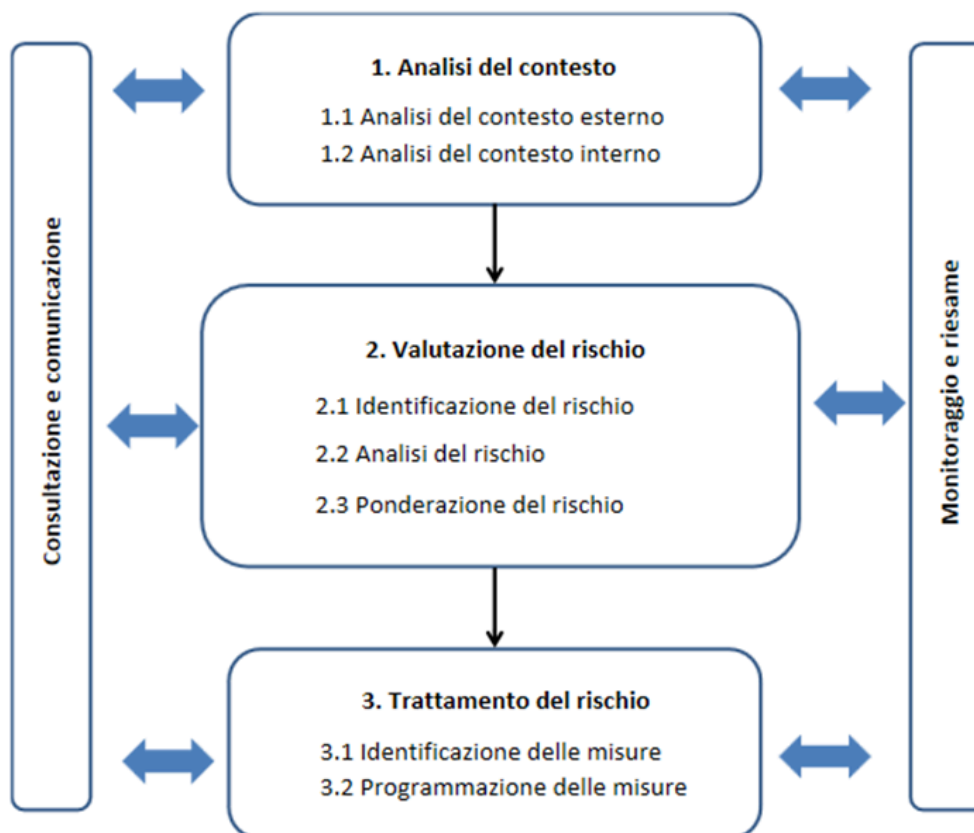
Data la particolare attenzione che la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza impongono sulla **formazione del personale**, in particolare per quello operante nelle aree a maggior rischio, la sottosezione di programmazione “Rischi corruttivi e trasparenza” deve integrarsi e completarsi con l’ambito 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.

Il processo di analisi e 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 Figura1:

Figura 1 –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 elaborare e attuare il processo di gestione del rischio attraverso 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'aggiramento 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, 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. 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 2023 come il PNA 2022 ha dato rilevanza alla 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 è delineata nel quadro del nuovo Codice dei contratti pubblici prevalentemente rispettosa dei principi generali di derivazione comunitaria contenuti nelle direttive.

La strategia per la prevenzione del rischio di corruzione della ULSS n. 9 è basata sui principi individuati dal P.N.A., che hanno come riferimento metodologico la 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 competitori 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).

Analisi del contesto.

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.

Gli ambiti di intervento dell'Azienda ULSS 9 Scaligera verso l'esterno si identificano nei settori di seguito elencati:

- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni e Farmacie: applicazione convenzioni e vigilanza e controllo sul rispetto dei contratti lavorativi;

- Gestione Ospedali e strutture di cura;
- Gestione Prestazioni socio – sanitarie assistenziali negli ambiti:
 - Dipartimento della salute mentale:
 - Gestione percorsi riabilitativi e integrazione con le aree distrettuali
 - REMS del Veneto
 - Disabilità per i servizi territoriali quali:
 - Servizio ICDf - ICDp
 - Servizio Sociale Disabili
 - Servizio di Assistenza Domiciliare
 - Servizio di Integrazione Scolastica / Lavorativa
 - Servizio Semiresidenzialità e Centri Diurni
 - Servizio di assistenza scolastica ai disabili sensoriali
 - Servizio di trasporto scolastico rivolto a studenti con disabilità frequentanti Istituti Superiori o CFP
 - Servizio Psicologico Disabili (Spd)
 - Contributi (metodo DOMAN , strumenti di guida)
 - Non autosufficienza Distretto
 - Interventi a Supporto della Residenzialità
 - Sportello per l'Assistenza Familiare
 - Infanzia adolescenza famiglia – Consultori Familiari – Neuropsichiatria Infantile – Età evolutiva
 - Dipendenze: U.O.C. Dipendenze Verona - Gioco d'Azzardo Patologico - Progetti
 - Cure Palliative
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle Strutture sociali autorizzate / accreditate
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle Strutture sanitarie autorizzate / accreditate
- attività ispettiva, d'ufficio o anche su richiesta motivata di chiunque ne abbia interesse del Dipartimento di Prevenzione:
 - Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN)
 - Medicina Legale
 - Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPISAL)
 - Servizi Veterinari e Igiene Alimenti di Origine Animali
 - Epidemiologia, Screening, Promozione della Salute
 - Attività Motoria
 - Servizio Igiene Sanità Pubblica (SISP)
- URP
- 118 e servizi di trasporto

Dall'analisi dei sopra elencati settori è possibile individuare i soggetti che interagiscono con l'Azienda, di seguito suddivisi per attività omogenee:

- Amministrazioni pubbliche centrali;
- Amministrazioni pubbliche locali;
- Enti nazionali di previdenza e assistenza;
- Ordini professionali;
- Amministrazioni aggiudicatrici (ivi comprese le centrali di committenza e i soggetti aggregatori);
- Organismi di diritto pubblico;
- Enti aggiudicatori;
- Concessionari di lavori e servizi pubblici;

- Operatori economici;
- Organizzazioni sindacali dei lavoratori (FILCA, CGL, UIL, FENEAL, ecc.);
- Associazioni degli Ordini professionali;

L'Azienda ULSS si relaziona, in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto destinataria dei bisogni di cura e delle segnalazioni, anche a carattere riservato, nelle varie materie di sua competenza. Le segnalazioni possono determinare, previa apposita valutazione, l'avvio di specifici procedimenti il cui esito viene comunicato ai soggetti interessati.

Le relazioni con i soggetti esterni possono, in termini generali, suddividersi tra: relazioni di input (acquisizione di dati, informazioni e documentazione), relazioni di output (erogazione di prestazioni, emanazione di provvedimenti di carattere individuale o generale da parte dell'Azienda, nella maggior parte dei casi come esito di appositi procedimenti) e relazioni che contemperano entrambi gli aspetti di input ed output. La tipologia di relazione può avere senz'altro incidenza nella valutazione del rischio. Si relaziona altresì con la Magistratura, in particolare con le Procure penali e contabili, con le Prefetture, le Forze dell'Ordine (in particolare Guardia di Finanza e Carabinieri) e la Ragioneria Generale dello Stato, ANAC. Ed ancora, l'Azienda, per fini istituzionali, interagisce con la Regione Veneto e Azienda Zero, i sindaci e gli assessori dei comuni afferenti all'Azienda. L'interazione con i soggetti sopra indicati, la frequenza di detta interazione, nonché, da un lato, la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda e, dall'altro lato, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi alla luce dei quali è stata elaborata la "Matrice di analisi del contesto esterno" di cui all'Allegato A, che, tenuto conto dei principali dati analizzati e dei fattori di cui sopra, illustra l'incidenza del contesto esterno e conseguentemente la sua relazione con il livello di rischio considerato nella presente sezione del PIAO.

Nella relazione del Ministero dell'Interno al Parlamento – Direzione Investigativa Antimafia PROIEZIONI DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA SUL TERRITORIO NAZIONALE sono riportati gli elementi che possono invece chiarire una visione in ambito di criminalità organizzata e corruzione dalle maggiori istituzioni

Il contesto interno

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.

Come noto, l'Allegato 1 al PNA 2019 suggerisce una graduale semplificazione del sistema di gestione del rischio corruttivo, ivi compresa l'attività di identificazione delle funzioni istituzionali, dei macro-processi e dei processi delle Unità Operative attraverso un approccio flessibile e contestualizzato, che tenga conto delle specificità di ogni singola unità e del contesto interno ed esterno nel quale essa opera. Più nello specifico chiarisce che "l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi".

L'Azienda Sanitaria ULSS n. 9, in conseguenza alla Legge Regionale n. 19/2016, ha posto, 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 (DLgs 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.

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

- procedura di descrizione del processo
- identificazione dell'owner del processo
- matrice rischi – controlli e calcolo dell'indice di rischio
- azioni di miglioramento

La procedura intesa come istruzione operativa nello studio del processo aziendale, ripercorre in ordine logico tutti i passaggi relativi alla gestione, offrendo 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.

La “Mappatura dei processi a rischio corruzione “ (Allegato B) è un documento alimentato dalle informazioni riferite al processo di gestione del rischio, riportate all’interno delle mappature dei singoli processi. Da ciascun processo infatti sono stati estrapolati: le attività del processo, la descrizione del rischio per attività (evento a rischio), il livello di esposizione a rischio dell’attività, i controlli individuati per il contenimento del rischio (prevenzione), il 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.

Sono stati analizzati i 30 processi applicabili alla ULSS n. 9 (rispetto ai 40 definiti dalla Regione Veneto) 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

1. 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 DLgs 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.

Nella "matrice Rischi_Controlli" di un processo, come esposto nei precedenti Piani, sono contenute le indicazioni sottese alla valutazione del rischio, interpretabili quali "motivazioni", sono infatti 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.

Al fine di formalizzare gli eventi a rischio individuati è stato elaborato, anche per l'anno 2024, un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi ossia attività, si riporta la descrizione degli eventi rischiosi, che possono manifestarsi con riferimento alla frode e alla compliance, sui presupposti della valutazione dei comportamenti a rischio corruzione / adesione alla norma, tracciati nella mappatura dei processi studiati e oggetto di revisione.

Resta inoltre prioritario nel corrente anno analizzare i processi di notevole impatto socio economico anche in relazione alla gestione di risorse finanziarie pubbliche /private ossia associate ai PNRR.

Il registro sarà pubblicato nella sua forma definitiva al termine della revisione del sistema di prevenzione.

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 della necessità di analizzare i rischi dei 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 l'attualità e la correttezza dell'analisi del processo, rispetto allo svolgimento del processo gestito.

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

Tutta la documentazione legata allo studio dei processi viene pubblicata in WEB ed è raggiungibile al Link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Trasparenza-anticorruzione-servizi-ispettivi> 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.

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.

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 trovano origine nelle 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 alla presente sottosezione del PIAO. 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.	Responsabile Affari Generali (da protocollo)	Entro 31 luglio / dicembre di ogni anno
D	Report sulla gestione dell'accesso civico generalizzato, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili.	Responsabile Affari Generali (da protocollo)	Entro 31 dicembre di ogni anno
E	Rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami (esame risultati questionario)	RPCT	Entro 31 dicembre di 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. E' in corso il passaggio in HYBRID CLOUD a cui farà seguito l'informatizzazione dei processi con priorità alle strutture WEB/CLOUD, in coerenza anche con 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 fine gennaio (con riferimento all'anno precedente) tutti i Referenti sono chiamati a relazionare al RPCT con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nelle rispettive Unità 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 fine gennaio, 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 2018-2023, 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 corrente anno 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 nel D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023, in attuazione della previsione dell'articolo 4, del decreto-legge 30 aprile 2022, n.36 - convertito, con modificazioni, dalla legge 29 giugno 2022, n.79 - "aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica".

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 novembre) 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 e' 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.

In data 30 marzo 2023 è entrato in vigore il decreto legislativo n. 24 del 10 Marzo 2023, in attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali.

La piattaforma digitale disponibile nell'ambito del progetto WhistleblowingPA di Trasparency International è conforme ai requisiti previsti dal decreto. Le nuove disposizioni hanno avuto effetto a partire dal 15 luglio 2023.

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 bis 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 bis 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. E' 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 ter 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 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	Direttore Servizio Risorse Umane	Tempestivamente

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

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 Amministrazioni, 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.

Parte II - Obblighi di Trasparenza

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 un'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.

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.

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. l-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 tenuti 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.

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".

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.

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.

L. 28.12.2015, N. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato" (c.d. legge di stabilità) – Adempimenti.

Con l'introduzione della nuova disciplina in materia di contratti pubblici, ANAC ha pubblicato i regolamenti attuativi del nuovo codice, efficaci dal 1° gennaio 2024, con riferimento alle tematiche:

- Banca dati nazionale contratti pubblici - BDNCP (art. 23, co. 5) – Delibera n. 261/2023;
- Fascicolo virtuale operatore economico - FVOE (art. 24, co. 4) – Delibera n. 262/2023;

- Pubblicità legale (art. 27) – Delibera n. 263 / 2023;
- Trasparenza dei contratti pubblici (art. 28., co. 4) – Delibera n. 264/2023;
- Modalità di calcolo delle quote di esternalizzazione dei contratti di lavori, servizi e forniture (art. 186. commi 2 e 5) – delibera n. 265 /2023;
- Assegnazione d'ufficio di una stazione appaltante o centrale di committenza qualificata (art. 62, co. 10) – Delibera n. 266 /2023
- Pareri di precontenzioso (art. 220, commi 1 e 4) – Delibera n. 267 /2023
- Legittimazione straordinaria (art. 220, commi 2, 3 e 4) – Delibera n. 268/2023;
- Attività di vigilanza collaborativa in materia di contratti pubblici – Delibera n. 269 /2023;
- Attività di vigilanza in materia di contratti pubblici Delibera n. 270 /2023
- Potere sanzionatorio dell'Autorità in materia di contratti pubblici – Delibera n. 271 /2023;
- Casellario Informativo dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 222, co. 10) – Delibera n. 272 /2023.

Le delibere di adozione dei provvedimenti ex Dlgs 36/2023, nn. 261 -265 sono pubblicate sul portale Anac in " Consulta i documenti" nella sezione ["Delibere"](#). I regolamenti adottati con le delibere nn. 266-272 sono consultabili nella competente sezione ["regolamenti"](#).

Uno dei pilastri del nuovo Codice dei contratti pubblici è la digitalizzazione degli appalti pubblici, prevista anche tra gli obiettivi più rilevanti del PNRR (milestone M1C1-75), quale trasformazione epocale di modernizzazione dell'Italia e di crescita a livello europeo, che avrà un impatto rilevante su cittadini, amministrazioni e imprese.

Il nuovo Codice dei contratti ha definito un "Ecosistema nazionale di approvvigionamento digitale (e-procurement)", dove le pubbliche amministrazioni potranno acquisire dal mercato e alle migliori condizioni, le risorse (forniture, servizi, lavori, conoscenza) utili al funzionamento, mantenimento e sviluppo delle proprie attività istituzionali attraverso l'interconnessione con banche dati e sistemi telematici, semplificando l'intero processo, velocizzandolo e rendendolo meno costoso e qualitativamente più efficace.

Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità 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.

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.

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. 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.
4. 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

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.

ALLEGATI :

- **1- Rischi connessi al contesto esterno (Allegato 3)**
- **2- Mappatura dei Processi. (Allegato 4)**
- **3- Obblighi di Pubblicazione (EOP - Allegato 5).**

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. 798 del 23/08/2023.

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, Direttore 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.

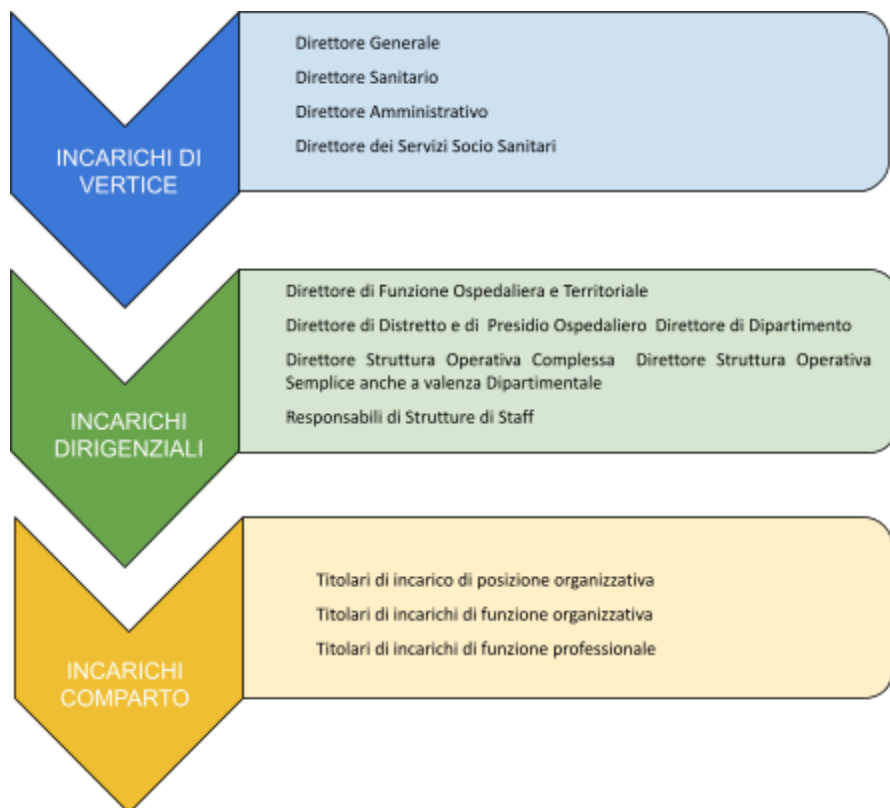
A tutti i dipendenti inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari è assegnato un incarico professionale di base.

Sulla base di apposite procedure selettive interne possono inoltre essere assegnati ai dipendenti di tutti i ruoli inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari i seguenti incarichi di media ed elevata professionalità:

- b) Incarico di funzione organizzativa, che comporta 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
- c) Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari che comportano attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione anche correlate alla iscrizione ad albi professionali ove esistenti

Anche per l'area degli assistenti e degli operatori è prevista l'assegnazione di incarichi di funzione, esclusivamente di natura professionale, di professionalità base, media ed elevata.

Come ricordato sono previsti anche "incarichi di posizione" assegnabili esclusivamente al personale inquadrato nell'area dell'elevata professionalità. Tali incarichi sono finalizzati ad assicurare lo svolgimento di funzioni organizzative e professionali caratterizzate da livelli di competenza e responsabilità professionale, amministrativa e gestionale, autonomia, conoscenze e abilità elevate, per organizzare e coordinare la propria attività e quella dei colleghi.



Il personale dipendente al 31/12/2023 risultava così composto:

	DIRIGENZA	COMPARTO
DIRIGENTI MEDICI	850	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	114	
DIRIGENTI TECNICI E AMMINISTRATIVI	25	
PERSONALE SANITARIO E SOCIO SANITARIO		4356
PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO		816
Totali parziali Dirigenza e Comparto	989	5172
TOTALE	6161	

Rispetto all'anno 2022 si è registrata una diminuzione di complessive 170 unità, per la maggior parte relative al personale del Comparto. Nell'anno 2023 le assunzioni si sono ridotte in quanto sono stati progressivamente riassorbiti parte degli extra turn over assunti durante il periodo emergenziale.

Le assunzioni di personale, inoltre, sono state effettuate nell'ambito del limite di spesa assegnato dalla Regione Veneto con DDR 34 del 06/04/2023, DDR 76 del 31/05/2023 e DDR 137 del 05/10/2023.

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:

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,	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	facilitare l'accesso nei luoghi di 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: SPORTELLO 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;

Gruppi di Lavoro	Ambiti di attività (a titolo esemplificativo)	titolo progetto	obiettivo sintetico
			<ul style="list-style-type: none"> - indagare dopo il periodo di prova il grado di autonomia raggiunto grazie al tutor, grado di soddisfacimento delle aspettative e grado del suo soddisfacimento nella u.o.; - analisi delle risposte e intervento laddove vi siano segnalazioni da prendere in carico
<p>Comunicazione interna e "benessere aziendale"</p> <p>Referente Dott.ssa Paola Dalle Pezze - Fasoli Daniela, - Grego Katia - Natalia Alba, Tessari Lorella, Trevisan Maria Teresa</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>	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
<p>Work life Balance e Welfare aziendale</p> <p>Referente Dott. Fabrizio Varalta Giacomini Alessandra, Chiara Bosio, Coltro Giulia. Franzon Anna</p>	<p>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</p>	MENTORING, REVERSE MENTORING: IO TI INSEGNO TU MI INSENI	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
<p>Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro</p> <p>Referente Dott. Daniele Ciresola-</p> <p>- Trocino Cinzia</p>	<p>Welfare, sicurezza e prevenzione dedicato al personale turnista</p>	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

Gruppi di Lavoro	Ambiti di attività (a titolo esemplificativo)	titolo progetto	obiettivo sintetico
			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 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 Capi Pietro Mazzocchi Tommaso Patreggiani,	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.

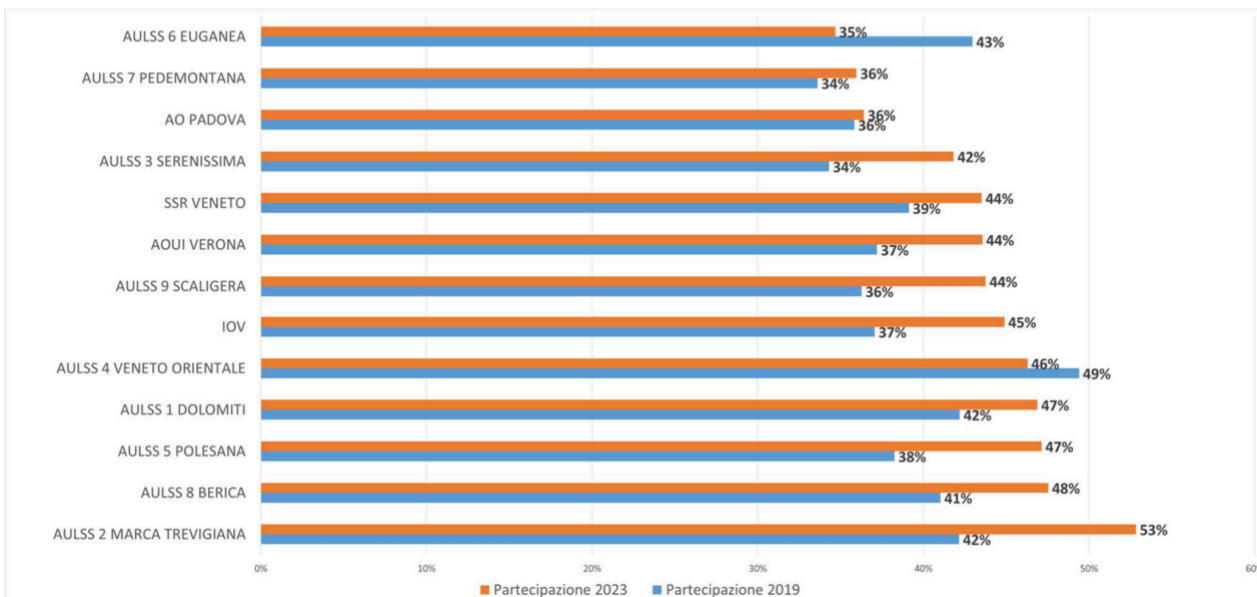
Tutti i progetti sono consultabili nell'apposita sezione predisposta su sito aziendale - intranet al link <https://intranet.aulss9.veneto.it/Benessere-organizzativo-1>

A gennaio 2023 si è conclusa l'indagine di clima organizzativo coordinata dalla Regione con il supporto della Scuola Sant'Anna di Pisa. Grazie alla notevole adesione dei dipendenti (44%), l'azienda ha avuto la possibilità di aver a disposizione dati oggettivi necessari a valutare il benessere lavorativo aziendale, i punti di forza e di debolezza.

In estrema sintesi si riporta:

-il tasso di partecipazione dell'Azienda e il confronto con le altre realtà del SSR:

Figura 1. Tasso di partecipazione all'indagine di clima organizzativo, per azienda, per edizione (2019 vs 2023).



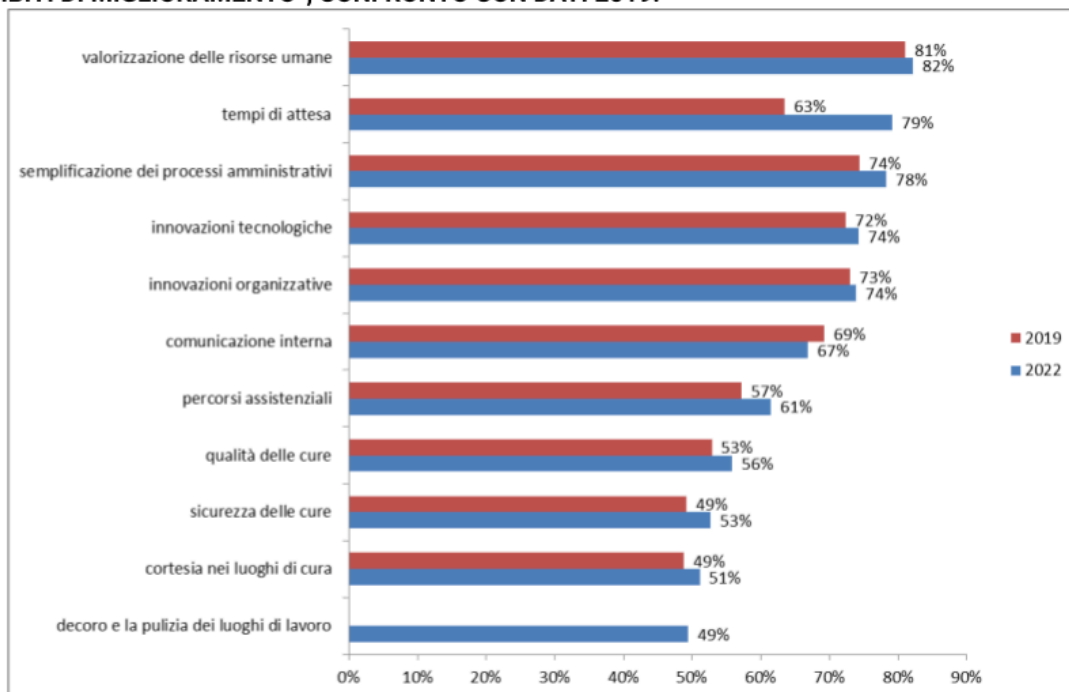
- **La sintesi dei risultati emersi** per l'Azienda Ulss 9 sulla base delle risposte alle 120 domande del questionario che sono state raggruppate in 8 dimensioni:
1)Ambiti di miglioramento, 2)Comunicazione,3)Formazione, 4)Organizzazione Aziendale-Benessere Lavorativo, 5)Organizzazione Aziendale- Budget, 6)Organizzazione Aziendale-Management, 7)Organizzazione Aziendale-Pazienti, 8)Umanizzazione

RISULTATI EMERSI PER DIMENSIONE:



- gli ambiti di miglioramento

DIMENSIONE "AMBITI DI MIGLIORAMENTO", CONFRONTO CON DATI 2019:



A seguito, quindi, dell'analisi ed interpretazione dei **risultati dell'Indagine di Clima Organizzativo** l'azienda ha individuato tre azioni di miglioramento tradotte in progetti specifici volti anch'essi ad ottenere un miglioramento del benessere organizzativo in azienda.

Di seguito vengono descritti i singoli progetti:

1 - STRATEGIE PER VALORIZZARE I PROPRI COLLABORATORI

Il progetto si propone l'obiettivo di fornire delle strategie per la valorizzazione del capitale umano in ambito sanitario e migliorare la capacità di retention e valorizzazione delle competenze presenti in Azienda.

Nel progetto saranno coinvolti i Direttori delle varie UOC e ed i dipendenti con incarichi di funzione organizzativa/coordinatori delle Unità operative dove si sono registrati risultati critici in ordine al quesito relativo alla valorizzazione delle risorse umane nell'ambito dell'indagine di Clima Organizzativo, dove si registra maggiore turn over e dove risulta necessario creare un ambiente attrattivo.

Nello specifico sarà realizzata una particolare ed apposita attività formativa, che si terrà in tre edizioni, volta a fornire strategie per valorizzare il capitale umano in ambito sanitario

2 - CONDIVISIONE OBIETTIVI DI BUDGET

Dall'analisi dei risultati dell'Indagine di clima è emerso che i dipendenti percepiscono una scarsa comunicazione o comunque è emersa una scarsa conoscenza degli obiettivi di budget e degli esiti degli stessi.

Si provvederà, pertanto, a rendere accessibile per i dipendenti delle singole unità operative interessate la scheda budget attraverso la sua pubblicazione nelle aree riservate della Intranet Aziendale entro un mese dalla firma della scheda o dalla sua variazione

L'obiettivo di tale progetto mira anche ad aumentare il coinvolgimento e la partecipazione dei dipendenti che saranno così maggiormente incentivati a porre in essere tutte le attività volte al raggiungimento di comuni e condivisi obiettivi.

3 - ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI FORMAZIONE SPECIFICI RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE INTERNA NELL'AMBITO DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Dall'analisi dei risultati dell'indagine sul clima organizzativo emerge la necessità di aumentare e migliorare la comunicazione interna, di potenziare la competenza comunicativa degli operatori da un lato, e dall'altro di far conoscere e mettere in rete i processi organizzativi dell'Azienda Ulss 9 Scaligera nonché di acquisire e sviluppare conoscenze e competenze su modalità appropriate di intervento e di gestione di situazioni critiche. L'azienda ha pertanto individuato dei percorsi di formazione a vari livelli destinati a tutto il personale dell'azienda. Sono stati individuati i corsi: "La rete della comunicazione interna per generare il valore della squadra dell'Ulss 9 scaligera", rivolto principalmente a Direttori di Dipartimento, UOC, Responsabili UOSD e UOS e Coordinatori delle UU.OO. e dei Servizi; "La comunicazione interna come strumento di gestione del lavoro nell'unità operativa", per far acquisire a tutto il personale la consapevolezza dell'importanza della comunicazione all'interno dei servizi. "Problem solving a portata di mano", per portare a conoscenza di tutto il personale gli strumenti e le strategie di comunicazione, relazionali ed emotive utili a gestire al meglio la propria professione.

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;

Per ultimo, con l’emanazione della nuova direttiva del 29/12/2023 della Presidenza del Consiglio dei Ministri è stata data disposizione, allo scopo di sensibilizzare la dirigenza delle amministrazioni pubbliche ad un utilizzo orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari, di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, anche derogando al criterio della prevalenza dello svolgimento della prestazione lavorativa in presenza. Nell’ambito dell’organizzazione di ciascuna amministrazione sarà, pertanto, il dirigente responsabile a individuare le misure organizzative che si rendono necessarie, attraverso specifiche previsioni nell’ambito degli accordi individuali, che vadano nel senso sopra indicato.

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 sopra citate disposizioni integrative/modificative intervenute.

Anche l’ipotesi del CCNL dell’area Funzioni Locali triennio 2019-2021 siglata in data 11/12/2023 prevede una specifica sezione dedicata alle Disposizioni sul lavoro agile alla quale l’Azienda adeguerà la propria disciplina.

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.

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

Alla data del 31/12/2023 risultano attivi 31 accordi di Smart Working, 28 relativi a dipendenti afferenti all’area del comparto e 3 relativi a dipendenti afferenti all’area della dirigenza.

Per quanto riguarda invece il telelavoro al 31/12/2023 risultano attivi 8 accordi dei quali 7 relativi a personale afferente all’area del comparto e 1 relativo a personale afferente 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. o di telelavoro. Alla conclusione della procedura la pratica viene protocollata.

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. 1222 del 30/11/2023, è stata approvata la revisione del piano dei fabbisogni di personale per l'anno 2023 ed è stato adottato il piano triennale fabbisogni 2024 – 2026, alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

A seguito del parere favorevole espresso dalla Regione Veneto con nota prot. n. 1448 del 02/01/2024, il piano è stato approvato in via definitiva con successiva deliberazione n. 7 del 17/01/2024.

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, il 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. 2501/2004 con riferimento agli hospice,
 - con deliberazione n. 721/2023 con riferimento all'avvio delle case di comunità ed il contestuale avvio del servizio di infermieri di famiglia e comunità,
 - 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".
- è compatibile 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. 605039 del 09/11/2023;
- Impatto delle 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, la delibera del Direttore Generale n. 1333 del 30/12/2022 di adozione del "PIANO PANDEMICO AZIENDALE "PANFLU" 2021-2023";

- tiene conto delle 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 2023	ANNI 2024-2025-2026
COSTO DIPENDENTI BILANCIO SANITARIO	€ 313.544.116,49	€ 316.394.155,61
COSTO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	€ 2.213.438,97	€ 2.069.776,54
COSTO S.A.I.	€ 11.054.628,00	€ 11.755.725,80
COSTO NON DIPENDENTI	€ 4.220.957,83	€ 4.220.957,83

L'incremento del tetto per costo di personale dipendente degli anni 2024-25-26 rispetto al 2023 include l'applicazione del CCNL Dirigenza Area Sanità di imminente sottoscrizione sulla base di ipotesi licenziata in data 28/09/2023, delle risorse per attività relative alle UFDA e potenziamento area salute mentale, in precedenza oggetto di specifici finanziamenti.

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, allo sviluppo progressivo di quanto previsto dal DM 77/2022 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
- modalità di finanziamento dei relativi costi
- istituzione dei nuovi profili afferenti all'area del personale di elevata qualificazione previsti dal nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del comparto;
- monitoraggio degli istituti di assenza
- tempi di attuazione
- impatto delle esternalizzazioni attuate nel 2023 o programmate per il triennio
- impatto delle internalizzazioni di servizi sanitari da attuarsi nel 2024 e anni successivi
- stabilizzazioni di personale amministrativo e sanitario.

PIANO TRIENNALE FABBISOGNO DI PERSONALE SEZIONE DIPENDENTI

Il PTFP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli anni 2024-2025-2026 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 conto 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.

A causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali permane la necessità di ricorrere ad esternalizzazioni soprattutto con riguardo a specifiche attività ospedaliere quali pronto soccorso, anestesia e rianimazione, supporto alle attività pediatriche e internistiche della sede ospedaliera di Villafranca, supporto alle attività ostetrico-ginecologiche delle sedi ospedaliere di Villafranca e Legnago. Tali attività sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente. Per alcune specialità, inoltre, sono attive convenzioni con altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie, alcune delle quali fanno parte della Missione 6 del PNRR, è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di Malcesine: primo trimestre 2025;
- Ospedale di Comunità di Bussolengo e U.R.T.: terzo trimestre 2025;
- Ospedale di Comunità di Isola della Scala: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Caprino: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Nogara : primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Marzana: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Zevio: secondo semestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Legnago: secondo semestre 2026;
- Hospice di Bovolone: secondo semestre 2026;
- Casa della Comunità "Città di Verona": primo trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Via Campania" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Via del Capitel" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Marzana" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Giovanni Lupatoto" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Montecchia" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "San Bonifacio" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Cologna Veneta" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Colognola ai Colli" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Tregnago" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Nogara" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Zevio" : quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità "Cerea" : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Bovolone" : primo trimestre 2026
- Casa della Comunità "Legnago" : quarto trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità "Caprino" : primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità "Valeggio sul Mincio" : quarto trimestre 2025 e COT: primo trimestre 2024;

- Casa della Comunità “Bussolengo” : primo trimestre 2026 e COT: primo trimestre 2024;
- Casa della Comunità “Villafranca” : secondo trimestre 2025;
- Casa della Comunità “Isola della Scala” : primo trimestre 2026;

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 2024 sarà mantenuto con una politica di analisi e programmazione di sostituzioni o meno del turn over e di attivazioni o potenziamento dei servizi 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 potranno essere 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, la spesa è stata previsto fra il personale dipendente ma probabilmente, nel corso dell’anno cambierà la natura del costo che diventerà per incarichi libero professionali. Tale logica perdurerà e potrà variare in funzione dei tetti del costo del personale e del finanziamento del SSN anche per il 2025 e 2026.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive nel 2023 sono state indicate le prestazioni ordinarie previste e quelle finanziate erogate con tariffa maggiorata per attività di Pronto Soccorso e per recupero delle liste di attesa.

Per il 2024 e anni successivi, per analogia, sono state previste le prestazioni aggiuntive ordinarie nonchè per il solo 2024 le prestazioni finanziate per attività di Pronto Soccorso.

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 2023 a tutto il 2024 e anni successivi sulla base del trend registrato negli anni scorsi.

Gli incarichi libero professionali relativi ai veterinari 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 nel 2023 non si è ricorso a tale tipologia di reclutamento e non si prevede di attivare contratti di somministrazione per il 2024 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 esperto di radioprotezione, neurochirurgia, cardiocirurgia, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, pneumologia, pediatria, medicina nucleare.

In merito agli incarichi ex art. 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001 indicati in colonna M della tabella A, gli stessi fanno riferimento ai seguenti progetti/attività, per i quali si specifica la relativa fonte di finanziamento:

Decreto del Direttore Direzione Programmazione Sanitaria n. 41 del 01/06/2022 “Finanziamento per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (art. 3-ter, comma 7, del decreto legge 22/12/ - assegnazione delle risorse. (Decreto n. 48 del 30/12/2019 del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA), che assegna all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 100.000,00= da destinare quale quota aggiuntiva per attivare specifici contratti in libera professione a medici psichiatri presso la Residenza per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza fino al 30/06/2023 e comunque non oltre il reclutamento a tempo indeterminato. Con successiva nota prot. n. 362258 del 05/07/2023 la Direzione Programmazione Sanitaria ha autorizzato la proroga fino al 31/12/2023 della scadenza entro cui utilizzare le citate risorse aggiuntive.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 51 del 16/06/2022 “Approvazione dei P.T.V.A. 2021-2022 di cui alla DGR n. 1427 del 12/11/2021 recante in oggetto “Sistema Veneto Adozioni. Interventi in materia di adozione nazionale ed internazionale. (L. 476/98)” e al D.D.R. n. 77 del 21/11/2021 di

impegno di spesa”, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 69.056,40= da rendicontare entro il 30/06/2023. Lo stesso progetto è stato rifinanziato anche per una ulteriore annualità dalla DGRV n. 1404/2022. Con Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 87 del 16/08/2023 è stato approvato il progetto P.T.V.A. 2022-, con assegnazione all’ULSS 9 della quota di € 45.539,85= da rendicontare entro il 30/06/2024.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 32 del 28/05/2021 “Riparto e assegnazione alle Aziende ULSS del finanziamento per la prosecuzione del progetto regionale “Sviluppo dei consultori familiari pubblici”, ai sensi della delibera della Giunta Regionale n. 102 del 2 febbraio 2021. Anno 2021, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la somma di € 189.530,00= da rendicontare entro il 30/09/2023. Lo stesso progetto è stato rifinanziato per una ulteriore annualità dalla DGRV n. 102 del 07/02/2022. Con decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 48 del 14/06/2022 è stata assegnata all’ULSS 9 la quota di € 190.522,05= da rendicontare entro il 30/09/2024.

Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 58 del 13/07/2022 “Riparto ed assegnazione del finanziamento per la prosecuzione delle attività delle Equipe Specialistiche Provinciali/interprovinciali in materia di abuso sessuale e grave maltrattamento dei bambini/e e dei ragazzi/e minori di età, ex DGR n. 1041/2016 e n. 1624/2017, di cui alla L. n. 269/1998. Anno 2022, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la quota di € 125.744,55= da rendicontare entro il 31/01/2024. Lo stesso progetto è stato rifinanziato per una ulteriore annualità con assegnazione all’ULSS 9 della somma di € 125.801,96=, da rendicontare entro il 31/01/2025, come da Decreto del Direttore della Unità Organizzativa Famiglia, Minori, Giovani e Servizio Civile n. 89 del 24/08/2023.

Decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 5 del 29/03/2022 “Riparto e assegnazione alle Aziende ULSS del Veneto e all’Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona delle risorse del Fondo per il gioco d’azzardo patologico (GAP), per l’annualità 2019, di cui all’articolo 1, comma 946 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208”, che ha assegnato all’ULSS 9 Scaligera la somma complessiva di € 691.809,54= da ripartire tra le azioni:

- - Sinergia, rete e formazione
- - Tra gioco e illusione
- - Più cura nella cura.

Il piano di intervento sul gioco d’azzardo patologico è stato rifinanziato anche per l’annualità 2021, con assegnazione all’ULSS 9 della somma complessiva di € 618.663,20=, come da decreto del Direttore della Direzione Servizi Sociali n. 15 del 23/12/2022, e attività da rendicontare entro il 30/04/2024.

Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 89 del 16/09/2022 “Assegnazione dei risorse per la realizzazione di progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale FSN 2021 – Intesa Rep. Atti n. 58/CSR del 28 aprile 2022 “Intesa, ai sensi dell’allegato sub A, lettera o) dell’Intesa 4 agosto 2021 – Rep. Atti n. 153/CSR, tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”, che assegna all’ULSS 9 Scaligera la somma di € 869.774,00=. La somma stanziata è stata utilizzata per l’attivazione di contratti di lavoro autonomo con psicologi psicoterapeuti, nell’attesa del reclutamento di analoghe figure con rapporto di lavoro di dipendenza.

Decreto del Direttore dell’UO Non Autosufficienza n. 29 del 28/09/2022, per la realizzazione del progetto “Definizione di modelli orientati alla formulazione del piano individualizzato e del Progetto di vita, basati sui costrutti di “Quality of life”, indirizzati a persone con disturbi dello spettro autistico (PcASD) e alle loro famiglie, in età evolutiva e delle transizione (7-21 anni) che ha assegnato all’ULSS 9 i sottoelencati finanziamenti:

- con il Piano di riparto di cui all’Allegato A.2 - Fondo 2020, con durata dalla data di sottoscrizione dei contratti e con scadenza 04/12/2023, un finanziamento di € 84.111,11.- , di cui € 63.000 per l’Equipe di Neuropsichiatria Infantile (NPI) e € 21.111,11 per il Dipartimento di Salute Mentale (DSM);
- con Piano di riparto di cui all’Allegato B.2 - Fondo 2020b, con durata dalla data di sottoscrizione dei contratti e con scadenza 21/01/2024, un finanziamento pari ad € 101.308,61.- , di cui € 26.250,00.- per l’Equipe di Neuropsichiatria Infantile (NPI), € 5.333,34.- per il Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

Decreto del Direttore dell'U.O. Famiglia, minori, Giovani e Servizio Civile n. 93 del 03/10/2022, per la realizzazione del "Progetto FENICE "Potenziamento dell'accesso e presa in carico psicologica delle persone vulnerabili – minori con problematiche derivanti dall'emergenza Covid19, situazioni traumatiche e situazioni di violenza assistita e pazienti affetti da patologie oncologiche", che ha assegnato all'ULSS 9 Scaligera la somma complessiva di € 132.373,40= pe attività da concludersi entro il 31/12/2023.

Nell'ambito delle attività del Dipartimento di Prevenzione, sulla base dei finanziamenti assegnati all'ULSS 9 Scaligera con i DDR n. 1 del 14/12/2019 e n. 2 del 29/12/2021, è stato attivato un incarico di lavoro autonomo per prestazioni di psicologo presso l'UOC SPISAL per attività di assistenza dei progetti formativi in materia di salute e sicurezza a supporto delle imprese e delle scuole, per un importo massimo di € 36.000,00= e attività da espletarsi da maggio 2023 a maggio 2024.

Utilizzando i finanziamenti assegnati con DDR n. 26 del 23/06/2022, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione, è stato altresì attivato un incarico di lavoro autonomo ad un medico specialista in igiene e medicina preventiva per attività inerenti l'attuazione del "Progetto regionale di sorveglianza e prevenzione delle patologie legate ai viaggi e all'immigrazione e profilassi per i viaggiatori internazionali", per un importo massimo di € 40.000= e attività da concludersi entro il 31/12/2023.

Infine, per quanto riguarda gli incarichi di lavoro autonomo dei veterinari, per il Servizio Veterinario Igiene Alimenti di Origine Animale, per garantire l'attività ispettiva presso gli stabilimenti di macellazione del territorio, la stessa risulta finanziata dagli introiti derivanti dalle tariffe a carico degli operatori del settore, ai sensi del D.Lgs. 32/2021. Si richiama in proposito l'autorizzazione rilasciata dalla Direzione Area Sanità e Sociale con nota prot. n. 355846 dell'11/08/2022, in riscontro alla programmazione del fabbisogno di personale relativa al 3° trimestre 2022, sulla base della quale sono stati attivati gli incarichi a valere per il 2023, e la nota prot. n. 561256 del 16/10/2023, in riscontro alla programmazione del fabbisogno del 3° trimestre 2023, per la prosecuzione degli incarichi anche per il 2024.

Si precisa che, essendo le attività progettuali afferenti all'area delle dipendenze e dei consultori familiari sopra indicate, generalmente rifinanziate di anno in anno, nella programmazione 2024 – 2026 si è ipotizzata la prosecuzione dei relativi contratti per le intere annualità, determinando la spesa presunta sulla base degli importi impegnati per l'anno 2023.

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 2024 e anni successivi.

Le esternalizzazioni indicate sono relative pertanto a:

- ❖ Sportelli distrettuali e attività varie;
- ❖ Personale Oss servizio Recupero Riabilitazione Bovolone fino al 2023;
- ❖ Esternalizzazione attività di accettazione ospedaliera;
- ❖ Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI;
- ❖ Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza per la quale è stato mantenuta la stima per uniformità agli anni precedenti essendosi modificata la modalità di gestione dell'attività;
- ❖ esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiológica, pronto soccorso, pediatria, ginecologia e area internistica;
- ❖ Nel 2024 viene prevista inoltre l'esternalizzazione della portineria del Cerris
- ❖ Nel 2024 viene prevista l'esternalizzazione dell'attività amministrativa servizio ADI Distretto 3 ed esternalizzazione attività amministrativa Distretto 4-Caprino;
- ❖ Esternalizzazione nel 2024 dell'attività diagnostica di citologia cervico-vaginale;

Re internalizzazioni

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali è stata prevista per il 2024 la reinternalizzazione del servizio di supporto all'assistenza presso l'UOC di Recupero e rieducazione funzionale del presidio ospedaliero di Bovolone, che dall'1/01/2024 verrà completamente assicurato da operatori socio sanitari con rapporto di lavoro di dipendenza.

Dotazione Organica

La dotazione organica, richiesta per il 2024, 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 Aulss 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 SPDC all'AOU di Verona;
- incrementi per re-internalizzazione servizi

La dotazione è stata adeguata nell'assegnazione al costo a carico del bilancio sociale a partire dal 2023 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 2023-2025 relativamente all'anno 2023

Con riferimento all'aggiornamento del Piano Triennale relativamente all'anno 2023 si evidenzia la saturazione del tetto disponibile a seguito anche della possibilità di fruizione di graduatorie valide.

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.

Nel corso del 2023 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, dipartimento internistico, 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 2024, adottato con deliberazione n.1346 del 22.12.2023 è consultabile sul sito aziendale alla pagina https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=308, comprende complessivamente n. 374 corsi di formazione suddivisi per aree tematiche ed organizzative, che potrebbero essere integrati con ulteriori corsi in base a nuovi bisogni formativi.

AREA	N. corsi.
AMMINISTRATIVA	3
BENESSERE	8
DIPENDENZE	8
DISTRETTO	73
DPS	22
DSM	19
EMERGENZA	37
OSPEDALE	130
ANTICORRUZIONE	2
PREVENZIONE	21
PRIVACY	3
RIABILITAZIONE	16
RISK MANAGEMENT	10
SICUREZZA	22
Totale Risultato	374

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.

Piano delle Azioni Positive

Le "azioni positive" sono definite, ai sensi dell'art. 42 del Codice delle Pari Opportunità, come "misure volte alla rimozione degli ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità (...) dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro".

Si tratta di misure che, in deroga al principio di uguaglianza formale, hanno l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità. Tali misure sono di carattere speciale in quanto specifiche e ben definite, ed in quanto intervengono in un determinato contesto al fine di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta. Allo stesso tempo si tratta di misure temporanee in quanto necessarie fin tanto che si rilevi una disparità di trattamento.

La pianificazione a sostegno delle pari opportunità contribuisce altresì a definire il risultato prodotto dall'Amministrazione nell'ambito del c.d. ciclo di gestione della performance. Quest'ultima normativa, infatti, richiama i principi espressi dalla disciplina in tema di pari opportunità, e prevede, in particolare, che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa tenga conto, tra l'altro, del raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Si evidenzia che sia quanto previsto dal piano aziendale per il **benessere**, che le soluzioni per il **lavoro agile**, hanno in seno, tra gli obiettivi che si pongono, anche la parità di genere.

Benchè non rivolti solo ai dipendenti, ma evidenziando una sensibilità all'equità di genere, l'azienda ULSS 9 Scaligera, all'interno di un percorso promosso dalla Regione del Veneto che ha costituito un apposito gruppo di lavoro di referenti per la medicina di genere usl regione Veneto, ha predisposto servizi dedicati.

In particolare l'ULSS 9 ha identificato i referenti con il fondamentale compito di sensibilizzare un processo di formazione sulla medicina di genere che non è solo medicina di sesso. Si è effettuata una ricognizione dei servizi allestiti, rilevando:

- Neurologia Legnago: Ambulatori dedicati alla donna con le seguenti patologie: cefalea, sclerosi multipla ed epilessia;
- Percorso condiviso con la ginecologia di Legnago "Malattia Cerebrovascolare e gravidanza;
- Geriatria di Villafranca: Ambulatorio di medicina di genere e sesso (ortogeriatrics);
- Geriatria San Bonifacio: Ambulatorio di medicina di genere e sesso (cardiogeriatrics e psicogeriatrics)
- Radiologia San Bonifacio e Urologia San Bonifacio: Ambulatori dedicati alla patologia tumorale mammella prostatica;
- Riabilitazione delle donne con tumore della mammella.

Inoltre nel piano della formazione del 2022-23 è stato previsto un percorso su "relazioni sul genere all'interno di momenti formativi" e nel **Piano formazione 2024** darà organizzato un convegno aziendale dal titolo "Medicina di genere: un approccio multidisciplinare e multigestionale."

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

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. 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 e 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.

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.

Si seguito sono illustrate le modalità tecniche ed organizzative di monitoraggio adottate in riferimento al PIAO.

Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico

Come illustrato nella sezione sul [Valore Pubblico](#), questo 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.

Difficilmente però la complessità del settore e dell'ambiente in cui opera l'azienda si presta ad una sintesi numerica di questa portata. motivo per cui si ritiene in questa fase di presentare un primo esperimento di identificazione degli "Indicatori Chiave" (KPI) per la misurazione del valore. Questo primo set si compone di:

- Indicatori ISTAT - BES (commegati ai Goals del Sustainable Development Goals - OMS);
- Equilibrio economico;
- Soddisfazione dei cittadini/utenti.

In primo luogo vanno senza dubbio considerati gli indicatori del BES del dominio "Salute" ed una parte degli indicatori "Qualità dei Servizi" collegati all'obiettivo "03. Salute e benessere" del Sustainable Development Goals (SDGs).

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.

Dominio	Indicatore	Unità 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 (0%)	83,3 (0%)	83,0 (0%)	82,6 (0%)	2022
Salute	Mortalità evitabile (0-74 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	13,7 (-3%)	14,1 (-1%)	15,5 (1%)	16,6 (1%)	2020
Salute	Mortalità infantile	Per 1.000 nati vivi	1,8 (-42%)	1,9 (-27%)	2,1 (-13%)	2,5 (0%)	2020
Salute	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	0,5 (0%)	0,9 (0%)	0,6 (0%)	0,6 (0%)	2021
Salute	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	6,9 (-3%)	7,0 (-4%)	7,5 (-4%)	8,0 (-1%)	2020
Salute	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	37,7 (10%)	40,5 (3%)	39,9 (10%)	35,7 (5%)	2020
Qualità dei servizi	Posti letto per specialità ad elevata assistenza	Per 10.000 abitanti	7,8 (24%)	5,2 (33%)	4,9 (53%)	4,1 (37%)	2021
Qualità dei servizi	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Valori percentuali	6,0 (22%)	5,9 (11%)	6,2 (11%)	7,8 (7%)	2021
Qualità dei servizi	Medici specialisti	Per 10.000 abitanti	35,3 (9%)	28,9 (7%)	31,9 (5%)	33,2 (5%)	2022
Qualità dei servizi	Posti letto negli ospedali	Per 10.000 abitanti	36,5 (-5%)	31,4 (-5%)	34,4 (-4%)	32,6 (-2%)	2021

Imprescindibile in termini di Valore pubblico è il monitoraggio dell'**equilibrio economico dell'azienda** e della compatibilità con la programmazione aziendale. Su questo tema esiste uno specifico indicatore di performance:

DGR 1682/2023 E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT
-----------------------	--

Si tratta di uno di quei casi in cui la performance influenza direttamente la creazione di Valore pubblico, in quanto evidenzia la capacità dell'Azienda di "rispettare" il patto economico con i cittadini.

Nella Relazione al BEP e, successivamente, nella Relazione al Bilancio Consuntivo, vengono evidenziati ed analizzati in profondità gli aspetti relativi all'equilibrio economico mettendo in evidenza come questa dimensione sia strettamente collegata alla performance aziendale.

Infine sono indicatori importanti di verifica della creazione/riduzione di valore pubblico, quelli relativi alla soddisfazione dei pazienti espressa tramite gli strumenti di Customer Satisfaction, ma anche attraverso i reclami presentati all'URP.

Dopo una fase di sperimentazione sono state introdotte modalità stabili di raccolta delle esperienze dei pazienti, attraverso l'Osservatorio

- 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

Inoltre è in fase di avvio anche l'Osservatorio

- PaRIs (Patient reported Indicators), che rappresenta un'indagine sull'esperienza in ambito delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sempre svolta in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

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.

Infine con riferimento alla soddisfazione dei cittadini, non bisogna tralasciare di monitorare lo stato della transizione Digitale; infatti questo processo pervasivo, ridetermina le modalità di interazione con il cittadino, generando benessere direttamente ed indirettamente. Si pensi a quanto stiano impattando già oggi i progetti di prenotazione Online delle prestazioni ambulatoriali, o anche la scelta e revoca del MMG attualmente effettuabile Online ed i pagamenti tramite PagoPA, ed in futuro quanto potrebbero migliorare il benessere i progetti di telemedicina. I tempi non sono maturi per sintetizzare in pochi indicatori questi impatti, ma è evidente che il monitoraggio del valore passerà anche attraverso tali verifiche.

Da quanto Presentato in questo paragrafo risulta evidente che la misurazione e valutazione dei KPI per esprimere un giudizio circa la produzione di valore pubblico necessita di tempi molto lunghi e può nascere solo dall'interpretazione di adeguate serie storiche.

Anche la tempistica con cui si rendono disponibili i KPI non è sempre adeguata (alcuni indicatori del BES hanno un ritardo medio di 2 anni). Pertanto è necessario affidarsi ad indicatori di performance, per loro natura più tempestivi, per avere una proxy degli effetti dell'attività aziendale in termini di valore.

Monitoraggio della Performance, Anticorruzione e Trasparenza

Misurazione della Performance

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

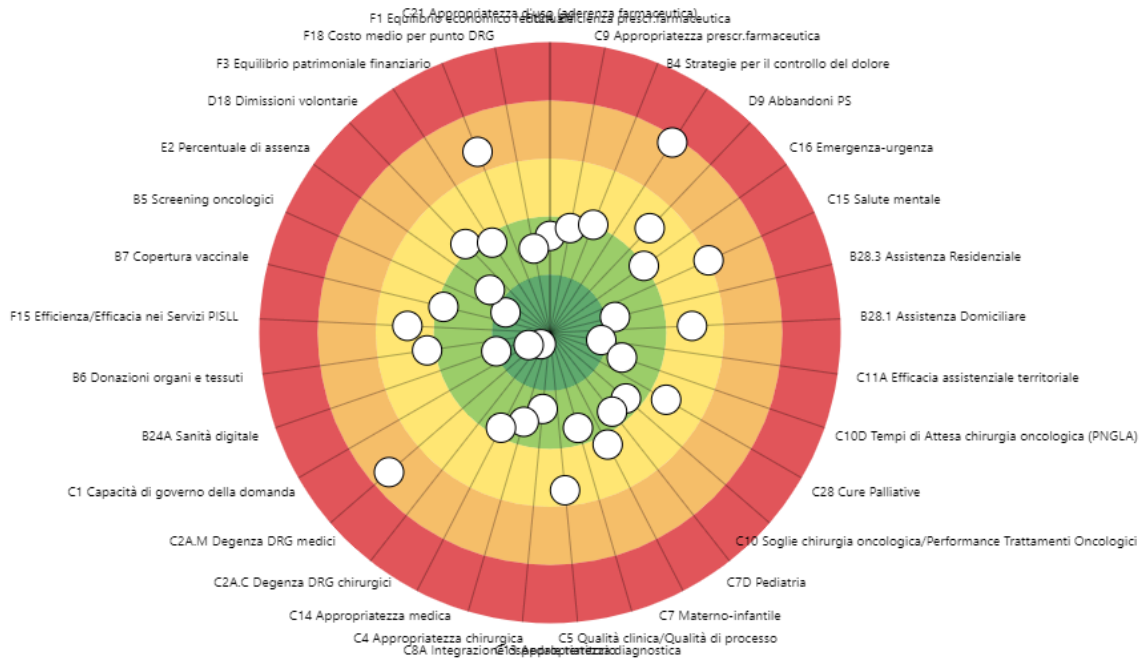
Consumer Index (EHCI) purtroppo ferma al 2018 (<https://healthpowerhouse.com/publications/#200118>) che ha un focus specifico partendo dal punto di vista dei pazienti, più che delle strutture.

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

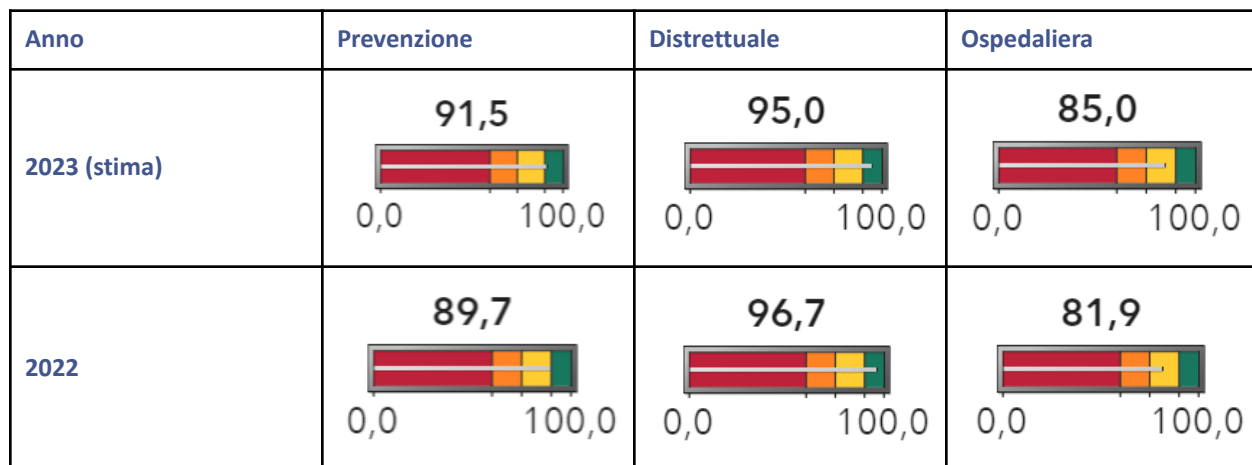
Si riportano di seguito alcune delle ultime rappresentazioni della performance storica aziendale come disponibili sulle piattaforme citate.

Il Bersaglio Sant'Anna di Pisa (Dati 2021) mostra in generale una buona risposta dell'azienda, con numerose eccellenze, ed unicamente con alcune **criticità** nelle strategie di controllo del dolore (B4), in particolare per il basso consumo di farmaci oppioidi, nella degenza media dei ricoveri medici (C2A.M) e nella costosità dei ricoveri (F18). Rispetto al Bersaglio 2021 si nota un **miglioramento** nell'area dell'Appropriatezza diagnostica (C13) ed in quella delle donazioni di organi e tessuti (B6).

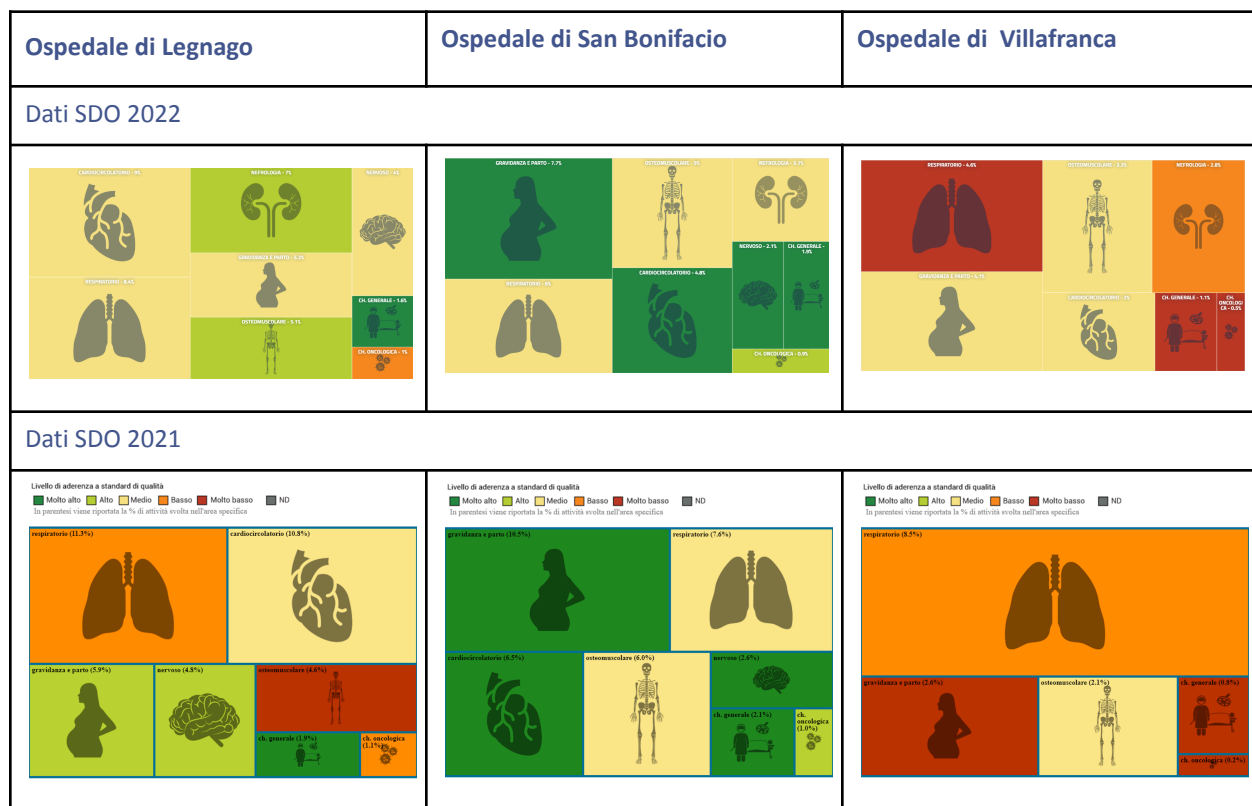
Bersaglio 2022 - ULSS n. 9 Scaligera



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.



Si noti che il PNE 2023 (dati SDO 2022) ha aggiunto nel Treemap l'area Nefrologica, precedentemente assente.

Il Treemap per gli ospedali a gestione diretta, come rappresentati nel PNE 2023 evidenzia un netto miglioramento della performance dell'ospedale di Legnago, in particolare smettono di essere critici gli indicatori dell'area muscoloscheletrica e pneumologica. Nel 2022 invece non si evidenziano miglioramenti altrettanto sensibili nell'ospedale di Villafranca che soffre ancora gli effetti negativi che il Covid; particolarmente evidenti le difficoltà chirurgica e pneumologica, mentre non risulta più critica l'area ostetrica ginecologica.

La **verifica della Performance Aziendale** si integra variamente con questi sistemi di valutazione esterna ed inoltre, costruito per permettere la chiusura del ciclo di programmazione e controllo con l'attivazione dei sistemi premiali

aziendali, deve rispettare altri tempi e focalizzarsi maggiormente sul sistema di obiettivi aziendale, in larga parte determinati dalla Regione (vedi Allegato 2 Documento delle Direttive).

In questo senso le modalità di monitoraggio della performance ai fini del PIAO possono agevolmente e concretamente tradursi nei momenti di confronto convocati dalla Regione sull'andamento degli indicatori scelti dalla Giunta nella delibera di assegnazione annuale degli obiettivi, che hanno luogo indicativamente nei mesi di marzo-aprile e settembre-ottobre, intercalati dai momenti di rendicontazione rappresentati dalla **Relazione Annuale sulla Performance** (di cui all'articolo 10, comma 1, lettera b), del D.lgs 150/2009) adottata ogni anno con delibera del Direttore generale **entro il 30 giugno** di ogni anno.

L'ultima Relazione sulla Performance è disponibile al link

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2710

Si noti che secondo la DGR 1717/2022 la Regione dovrebbe adottare la delibera con la **valutazione di competenza della Giunta regionale** sul raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi per le Aziende del SSR entro il 31 maggio di ogni anno, permettendo in questo modo di prenderla a fondamento per la valutazione finale della performance, ma con riferimento alle ultime annualità non è stato possibile rispettare questa coerenza cronologica (l'ultima DGR, relativa alla valutazione 2022 è stata adottata con DGR 1263 del 17/10/2023).

Monitoraggio Misure Anticorruzione

Il monitoraggio rappresenta 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, infatti, 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

CONTROLLO PRIMARIO DI LINEA:

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



Gestione del Sistema di Controllo Interno e, di Gestione dei Rischi

a attraverso il costante aggiornamento del sistema di policy e procedure ed il rispetto delle medesime.

Gestione integrata dei rischi operativi inerenti l'ordinaria attività gestionale.

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.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti dal RPCT e quelli 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 hanno la relazione della Performance e il ruolo attivo riconosciuto agli stakeholder e alla società civile, evidenziabili nei report sulle segnalazioni pervenuti all'URP, sulla scorta dei quali 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 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.

Monitoraggio Trasparenza

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 sollecita 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.

Monitoraggio Organizzazione e Capitale Umano

L'Azienda si è recentemente dotata di un nuovo regolamento per l'assegnazione degli incarichi di funzione organizzativi e professionali al personale del comparto a seguito dell'entrata in vigore del nuovo CCNL 02/11/2022. Sulla base di quanto concordato in accordo integrativo, nel 2024 sarà data applicazione allo stesso con l'emissione di nuovi avvisi per l'attribuzione dei nuovi incarichi, degli incarichi vacanti e degli incarichi riorganizzati. Il raggiungimento degli obiettivi prefissati sarà pertanto ottenuto attraverso l'emissione degli avvisi specifici e la successiva attribuzione degli incarichi.

Per quanto riguarda la Dirigenza Area Sanità prosegue la mappatura e successiva emissione degli avvisi per l'attribuzione degli incarichi gestionali e professionali ai sensi di quanto previsto dal CCNL 19/12/2019 e accordi integrativi aziendali. Durante il 2024 si procederà con l'obiettivo di arrivare ad assegnare gli incarichi ancora mancanti. Sarà inoltre necessario adeguare l'impianto contrattuale integrativo alle disposizioni del nuovo CCNL 23/01/2023.

Per quanto riguarda gli incarichi di Unità Operativa Complessa della Dirigenza Area Sanità si garantirà attraverso l'emissione di appositi avvisi pubblici la pronta sostituzione dei posti vacanti o che si renderanno vacanti in corso d'anno.

In analogia si procederà con gli incarichi relativi alla dirigenza PTA nell'ambito del CCNL Area Funzioni Locali e dei regolamenti aziendali vigenti.

Monitoraggio del Piano Triennale Fabbisogno Personale

Le previsioni relative al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale vengono realizzate attraverso la **programmazione trimestrale delle assunzioni** che viene sottoposta all'analisi della CRITE e successivamente approvata totalmente o parzialmente. Un primo monitoraggio pertanto della concreta realizzazione del Piano consiste nella redazione delle richieste trimestrali e nella approvazione con deliberazione del Direttore Generale degli esiti emersi dall'analisi della CRITE. Le delibere di approvazioni degli esiti CRITE autorizzano gli uffici a proseguire con le assunzioni richieste, previo vaglio delle necessità con la Direzione Strategica in ordine alle priorità da perseguire. L'attuazione del Piano trova realizzazione anche per mezzo delle **aggregazioni ai concorsi indetti da Azienda Zero** per il reclutamento delle varie figure professionali. L'Azienda inoltre avvia in autonomia le procedure selettive che Azienda Zero non ritiene di interesse generalizzato quali gli avvisi a tempo determinato. L'attuazione del Piano può anche essere realizzata attraverso reclutamento per mezzo di procedure di mobilità qualora i vari responsabili ritengano preferibile avvalersi di personale già esperto e formato.

L'attuazione del piano presuppone altresì l'avvio delle procedure volte a reclutare i liberi professionisti laddove siano risultati infruttuosi i tentativi di reclutamento del personale a tempo indeterminato o determinato.

La programmazione semestrale dell'acquisto di prestazioni aggiuntive per recupero liste di attesa o per fronteggiare carenze di personale completa gli strumenti di monitoraggio del piano medesimo che vede in primis il rispetto dei tetti di spesa assegnati per le varie tipologie di acquisizioni.

Monitoraggio del Piano per il Benessere Organizzativo

L'attuazione del Piano per il Benessere Organizzativo è monitorato attraverso **incontri periodici** dei vari referenti aziendali che compongono la cabina di regia per l'attuazione del piano medesimo, coordinata dalla UOC Gestione Risorse Umane.

In tali incontri vengono affrontate e condivise le varie problematiche che sorgono od ostacolano la realizzazione dei progetti e vengono vagliate le possibili soluzioni o rimodulazioni dei progetti. Viene inoltre analizzato lo stato di attuazione dei progetti già in fase di realizzazione.

f.to il Direttore Generale

Pietro Girardi

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2024-2026



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 1. "Scheda anagrafica dell'amministrazione"

Sommario

L'AZIENDA IN CIFRE.....	3
PREMESSA	3
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	3
Ricoveri	4
Interventi	6
Pronto Soccorso	6
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA	8
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	9
Strutture territoriali	9
Assistenza Domiciliare integrata.....	11
Centrale Operativa Territoriale (COT).....	12
Assistenza nelle strutture intermedie.....	12
Assistenza protesica	14
Assistenza psichiatrica territoriale.....	17
PREVENZIONE	18
Servizio Igiene e Sanità Pubblica SISP	18
Screening oncologici	18
Attività di screening per problematiche PFAS	19
Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL	19
Attività Motoria	20
Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare	21
INDICE DELLE TABELLE	23

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 i dati relativi alle dimensioni di attività aziendale. Si sono utilizzati ove disponibili i dati presenti sul Datawarehouse regionale (DWH) come elaborati da Regione Veneto ed Azienda Zero con parametri di estrazione e di elaborazione omogenei per tutte le aziende del SSR. Laddove necessario, sono state integrate alcune informazioni.

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- Posti Letto flussi HSP12 e HSP13 anno 2023

	diurni	ordinari	totale	peso % diurni	peso % ordinari	peso % totale
Totale PL Privati Accreditati	101	1200	1301	65%	58%	58%
Totale PL Pubblici	55	872	927	35%	42%	42%
TOTALE	156	2072	2228	100%	100%	100%

Tabella 2 - Posti Letto flussi HSP12 anno 2023 per Ospedale

istituto_desc	diurni	ordinari	totale
OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	68	481	549
OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA S. GIULIANA	0	119	119
OSPEDALE PEDERZOLI CASA DI CURA SPA	14	301	315
OSPEDALE DI LEGNAGO	17	297	314
OSPEDALE DI BOVOLONE	0	52	52
OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	20	246	266
OSPEDALE DI MARZANA	0	48	48
OSPEDALE DI VILLAFRANCA	12	156	168
OSPEDALE DI BUSSOLENGO	6	48	54
OSPEDALE DI MALCESINE	0	25	25
Totale	137	1773	1910

Tabella 3 - Posti Letto flussi HSP13 anno 2023 per Ospedale

tipologia posti letto istituto_desc	Accreditati			Non Accreditati			Totale		
	diurni	ordinari	totale	diurni	ordinari	totale	diurni	ordinari	totale
CASA DI CURA CENTRO RIABILIT VERONESE	0	77	77	0	8	8	0	85	85
CASA DI CURA VILLA GARDA	9	81	90	2	17	19	11	98	109
CLINICA SAN FRANCESCO SPA - Casa di cura	10	34	44	14	19	33	24	53	77
CASA DI CURA VILLA SANTA CHIARA	0	107	107	-	-	-	0	107	107
TOTALE	19	299	318	16	44	60	35	343	378

Ricoveri

Tabella 4 - Numero ricoveri (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale

Istituto di dimissione	2021	2022	2023
Privato accreditato	60.361	61.576	62.158
05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	31.506	31.653	30.773
05002200. OSPEDALE PEDERZOLI CASA DI CURA SPA	20.124	20.352	21.337
05002300. CLINICA SAN FRANCESCO SPA - CASA DI CURA	4.531	4.870	5.036
05002100. CASA DI CURA VILLA GARDA	1.439	1.759	1.723
05001900. CASA DI CURA CENTRO RIABILIT VERONESE	1.110	1.109	1.243
05002500. CASA DI CURA VILLA SANTA CHIARA	1.011	1.056	1.173
05001800. OSPEDALE CLASSIFICATO VILLA S. GIULIANA	640	777	873
Pubblico	29.061	34.624	36.775
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	12.005	13.004	13.941
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	11.800	11.619	12.386
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	4.383	7.372	7.441
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO		1.210	1.403
05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE	393	551	692
05050904. OSPEDALE DI MARZANA	480	415	509
05050907. OSPEDALE DI MALCESINE		453	403
Totale complessivo	89.422	96.200	98.933

Grafico 1 - Andamento ricoveri erogati ultimo triennio e suddivisione pubblico/privato

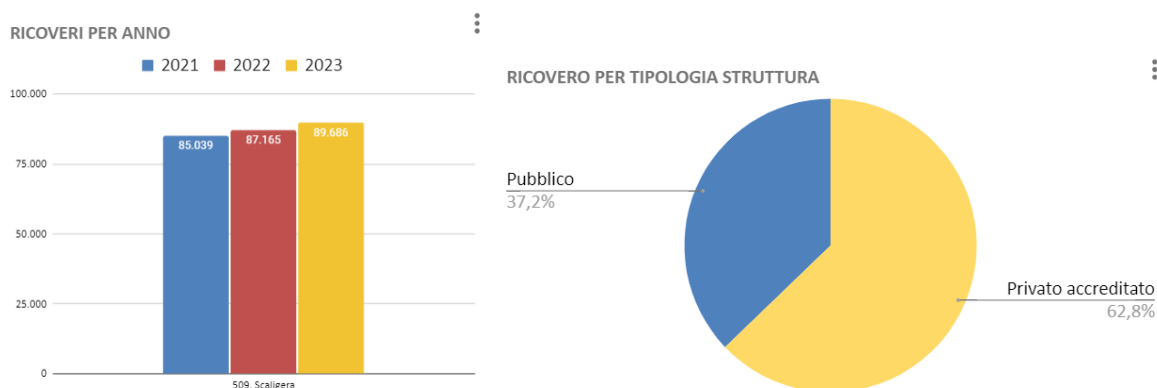


Grafico 2 - Andamento ricoveri erogati ultimo triennio per struttura

RICOVERI PER STRUTTURA

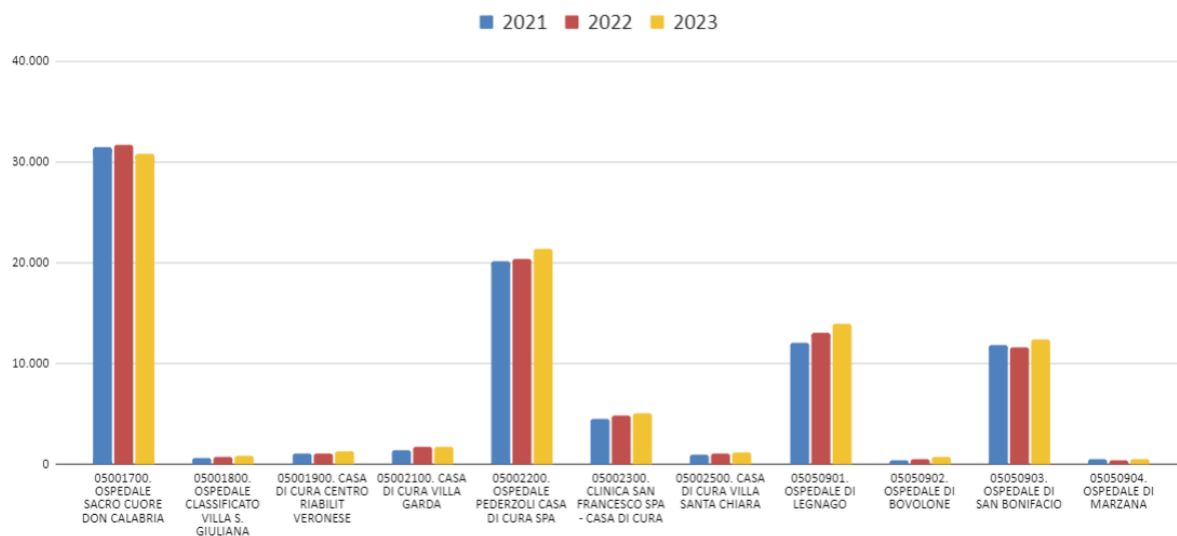
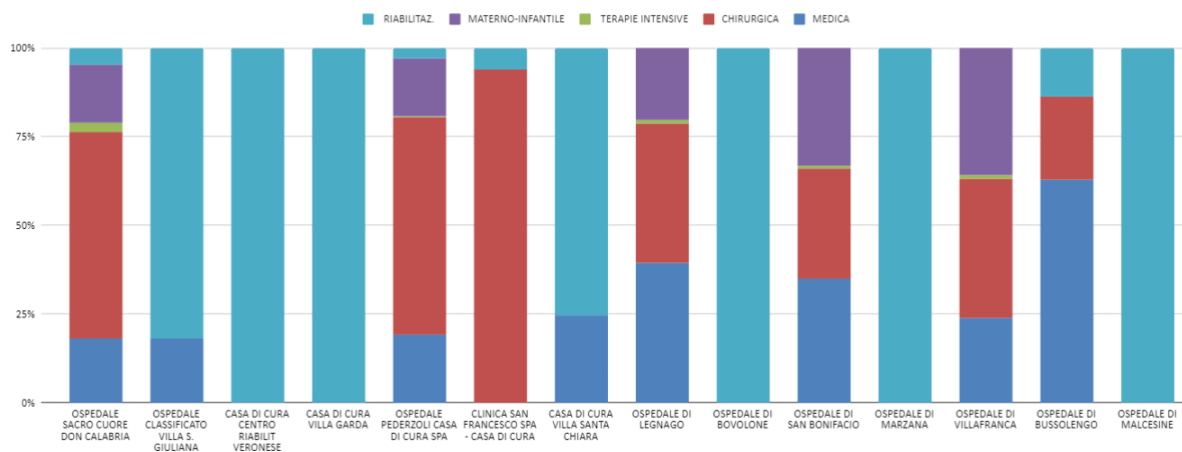


Grafico 3 - Peso specialità di dimissione ricoveri erogati (stima 2023) per ospedale

RICOVERI PER AREA SPECIALISTICA 2023



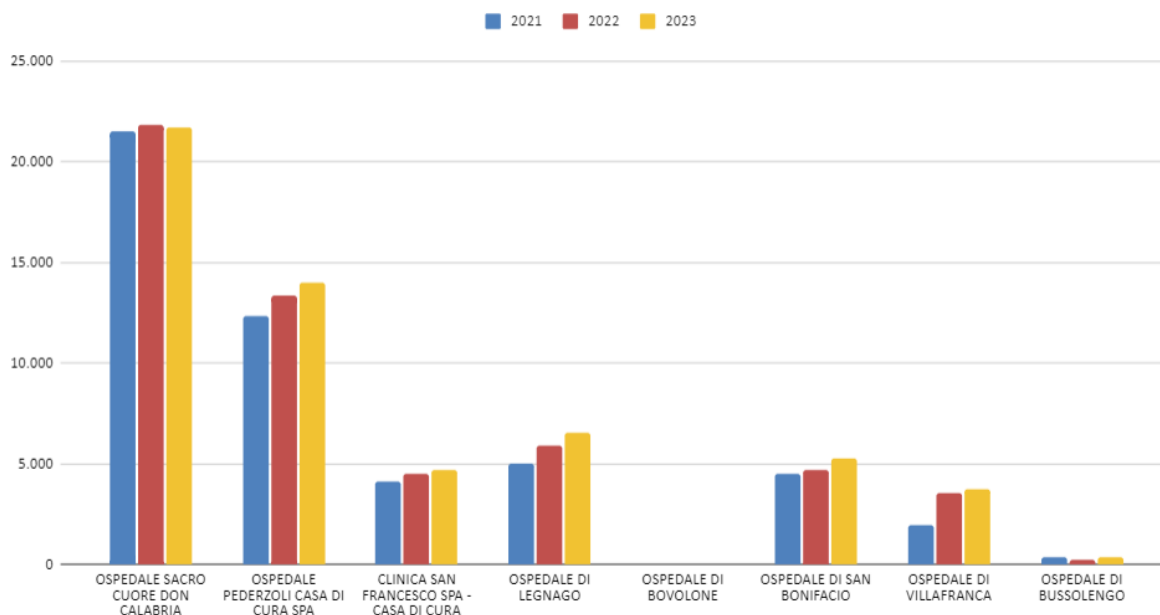
Interventi

Tabella 5 - Numero interventi (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale

Istituto Dimissione	2021	2022	2023
05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	21.507	21.805	21.685
05002200. OSPEDALE PEDERZOLI CASA DI CURA SPA	12.357	13.350	14.013
05002300. CLINICA SAN FRANCESCO SPA - CASA DI CURA	4.129	4.480	4718
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	5.039	5.899	6.567
05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE	3	1	
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	4.494	4.702	5.240
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	1.937	3.559	3742
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO	345	206	331

Grafico 4 - Andamento interventi erogati ultimo triennio per struttura

NUMERO D'INTERVENTI (DRG CHIRURGICO) PER ANNO



Pronto Soccorso

Tabella 6 - Numero Accessi in PS (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale

	2021	2022	2023
OSPEDALE DI BOVOLONE	1.194		
OSPEDALE DI BUSSOLENGO	14.347	16.349	16.278
OSPEDALE DI LEGNAGO	42.132	50.164	53.728
OSPEDALE DI MALCESINE	2.886	3.594	3.521
OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	43.006	48.369	49.007
OSPEDALE DI VILLAFRANCA	20.341	36.142	35.755
OSPEDALE PEDERZOLI CASA DI CURA SPA	38.918	42.007	42.413
OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	43.438	50.002	53.544
TOTALE	206.262	246.627	254.246

Grafico 5 - Andamento Accessi nel PS ultimo triennio per struttura

ACCESSI PRONTO SOCCORSO PER ANNO

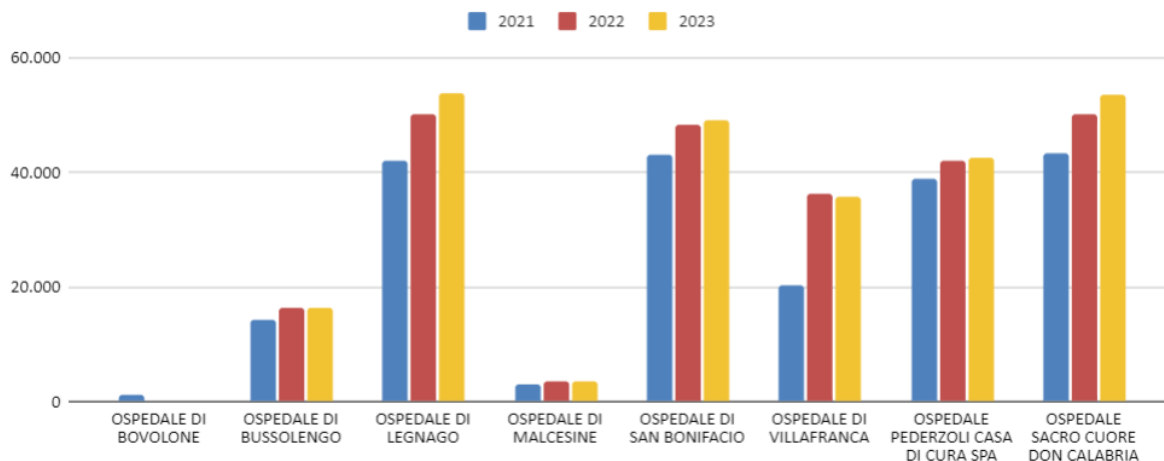
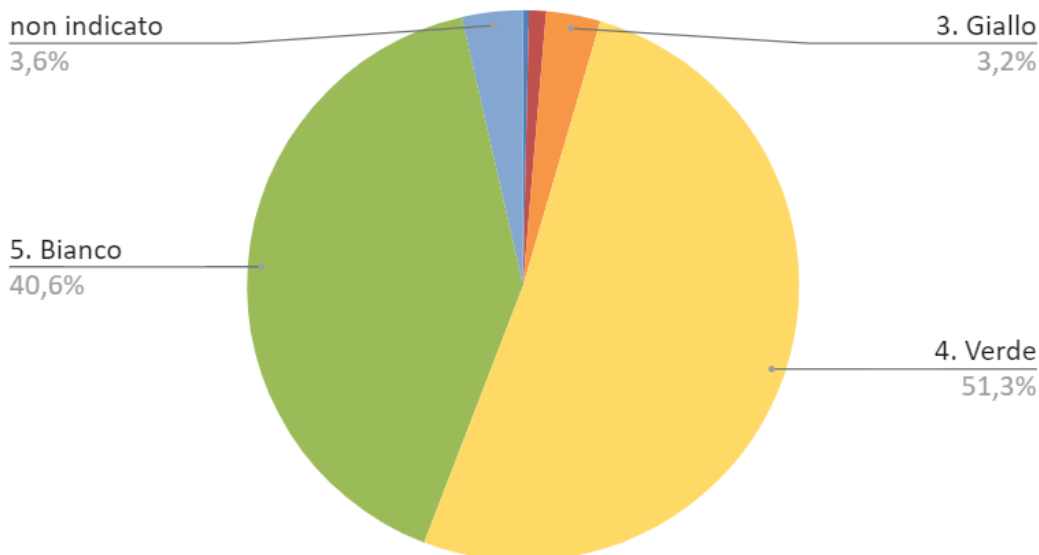


Grafico 6 - Suddivisione Accessi per codice Triage

ACCESSI PER TRIAGE 2023



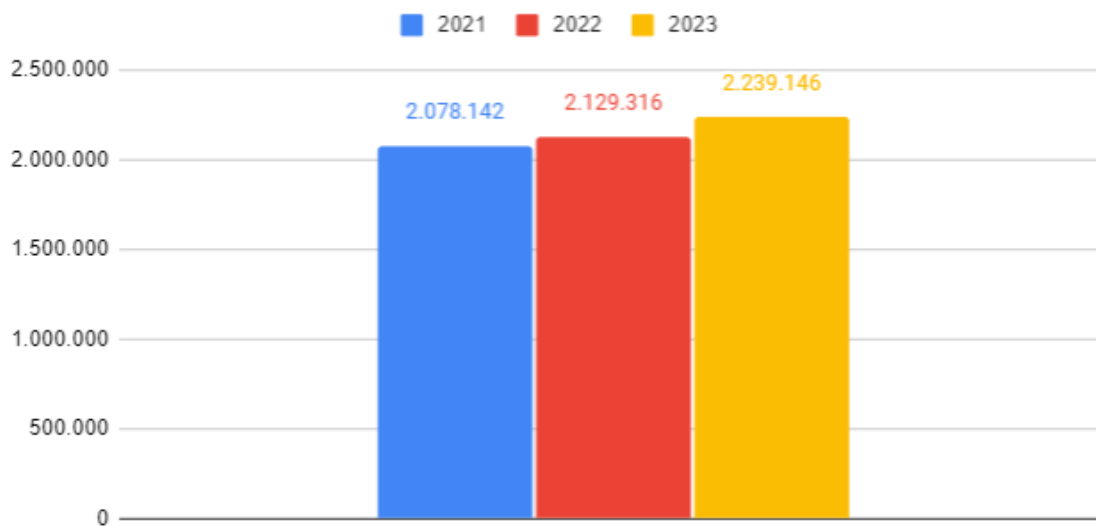
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA

Tabella 7 - Prestazioni (stima 2023 - 9 mesi rolling) - fonte DWH regionale

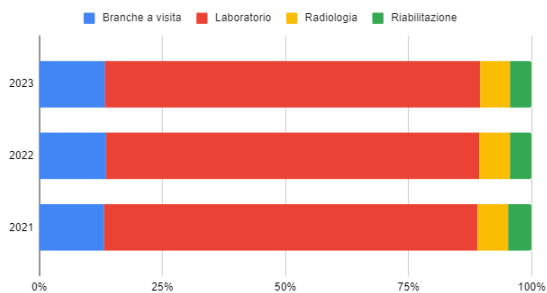
ANNO	2023	2022	2021
Branche a visita	1.254.008	1.187.908	1.127.204
Laboratorio	7.186.905	6.653.331	6.496.521
Radiologia	560.201	548.007	542.490
Riabilitazione	424.937	393.401	408.448
TOTALE	9.426.051	8.782.647	8.574.663

Grafico 7 - Andamento Prestazioni (escluso Laboratorio) ultimo triennio per struttura, suddivisione per macrobranca e pubblico/privato

PRESTAZIONI EROGATE PER ANNO (ESCLUSO LABORATORIO)



PRESTAZIONI PER MACROBRANCA



PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA STRUTTURA ANNO 2023



L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Strutture territoriali

Sul territorio dell'ULSS 9 sono presenti come da flusso STS24, sono presenti 530 unità di offerta (di cui il 38% pubblico), tra queste 308 sono strutture residenziali e semi-residenziali (di cui è pubblico il 10%, prevalentemente in area psichiatrica).

Tabella 8 - Strutture a gestione diretta per tipologia di struttura e tipologia di assistenza

		2023	2022	2021	2020
Tipo di struttura	Tipo di Assistenza	n. strutture	n. strutture	n. strutture	n. strutture
AMBULATORIO E LABORATORIO	Attività Clinica	53	53	53	59
	Diagnostica Strumentale e per Immagini	17	17	17	17
	Attività Di Laboratorio	17	17	17	17
	Assistenza Pazienti COVID-19	1	1	-	-
	Prescrizione Farmaci Nota 99 Aifa	4	4	-	-
	Assistenza Npia	9	9	-	-
STRUTTURA RESIDENZIALE	Assistenza Psichiatrica	9	9	9	12
	Assistenza Agli Anziani	2	2	2	2
	Assistenza Ai Disabili Fisici	3	3	3	3
	Assistenza Ai Disabili Psicici	1	1	1	1
	Assistenza Ai Malati Terminali	1	1	-	-
	Assistenza Pazienti COVID-19	1	1	1	1
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Assistenza Psichiatrica	8	8	8	9
	Assistenza Per Tossicodipendenti	2	2	2	2
	Assistenza Ai Disabili Psicici	3	3	3	3
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	Attività Clinica	28	28	28	34
	Diagnostica Strumentale E Per Immagini	2	2	2	3
	Attività Di Laboratorio	2	2	2	2
	Attività Di Consultorio Materno - infantile	15	15	16	16
	Assistenza Psichiatrica	6	6	5	7
	Assistenza Per Tossicodipendenti	6	6	6	6
	Assistenza Aids	2	2	2	2
	Assistenza Ai Malati Terminali	3	3	3	3
	Vaccinazioni Anti COVID-19	7	7	5	-

Tabella 9 - Strutture private accreditate per tipologia di struttura e tipologia di assistenza

		2023	2022	2021	2020
Tipo di struttura	Tipo di assistenza	n. strutture	n. strutture	n. strutture	n. strutture
AMBULATORIO E LABORATORIO	Attività Clinica	13	14	13	16
	Diagnostica Strumentale e per Immagini	7	7	7	8
	Attività Di Laboratorio	14	14	14	14
	Prescrizione Farmaci Nota 99 Aifa	2	2	-	-
STRUTTURA RESIDENZIALE	Assistenza Psichiatrica	28	28	30	26
	Assistenza Per Tossicodipendenti	4	4	4	4
	Assistenza Aids	1	1	1	1
	Assistenza Agli Anziani	80	80	80	80
	Assistenza Ai Disabili Fisici	18	18	18	18
	Assistenza Ai Disabili Psicici	45	46	47	47
	Assistenza Ai Malati Terminali	2	2	3	3
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	Assistenza Psichiatrica	2	2	2	2
	Assistenza Agli Anziani	15	16	16	18
	Assistenza Ai Disabili Fisici	28	29	29	29
	Assistenza Ai Disabili Psicici	55	56	56	56
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	Attività Clinica	-	-	1	1
	Attività Di Consultorio Materno - infantile	4	4	4	4
	Assistenza Per Tossicodipendenti	5	5	5	5
	Assistenza Idrotermale	1	1	1	1
	Assistenza Ai Malati Terminali	3	3	3	2
	Vaccinazioni Anti COVID-19	1	1	-	-

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono 4, per complessivi 14 posti letto residenziali e 150 posti letto semiresidenziali, come riportato nella seguente tabella.

Tabella 10 - Strutture in convenzione attive nel 2023

	Posti letto residenziali	Posti letto Semi-residenziale	Totale
CENTRO POLIFUNZIONALE DON CALABRIA	14	150	164
CENTRO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (Fondazione Speranza Onlus)	0	0	0
A.G.B.D Onlus (Associazione Sindrome di Down)	0	0	0
FONDAZIONE PIU' DI UN SOGNO	0	0	0
Totale	14	150	164

Sono attive due convenzioni con istituti situati nella Regione Emilia Romagna (Istituto Luce del Mare e Villa Salus).

Assistenza Domiciliare integrata

Tabella 11 - Numero Assistiti in ADI (stima 2023 - 9 mesi rolling) - fonte DWH regionale

Azienda Inviante	2023	2021	2022
501. Dolomiti	9.244	5.659	7.424
502. Marca Trevigiana	35.475	28.647	27.278
503. Serenissima	21.648	13.385	16.538
504. Veneto Orientale	9.988	6.499	5.917
505. Polesana	10.886	9.657	8.612
506. Euganea	45.663	40.753	37.671
507. Pedemontana	16.762	11.874	11.096
508. Berica	18.801	15.131	12.675
509. Scaligera	20.725	11.319	14.883

Grafico 8 - Andamento Numero Assistiti in ADI ultimo triennio per ULSS

NUMERO ASSISTITI IN ADI

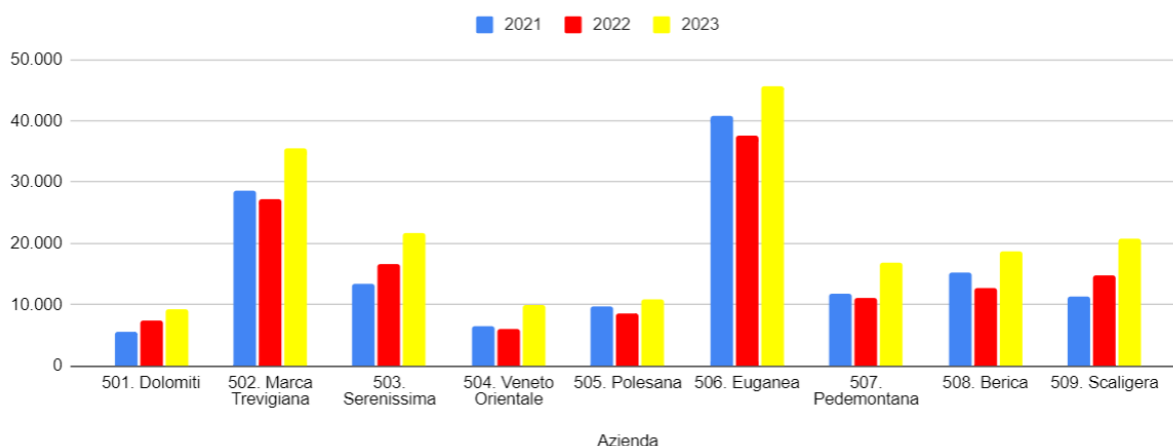
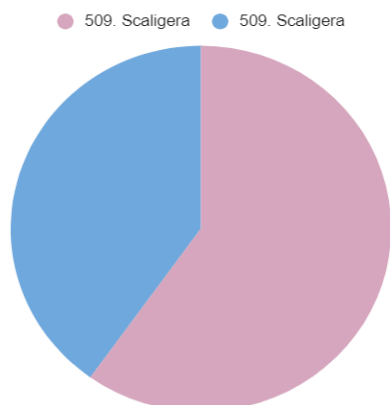


Grafico 9 - Proporzion e maschi e femmine ULSS 9 Scaligera

SESSO PAZIENTI IN ADI 2023



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

Assistenza nelle strutture intermedie

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

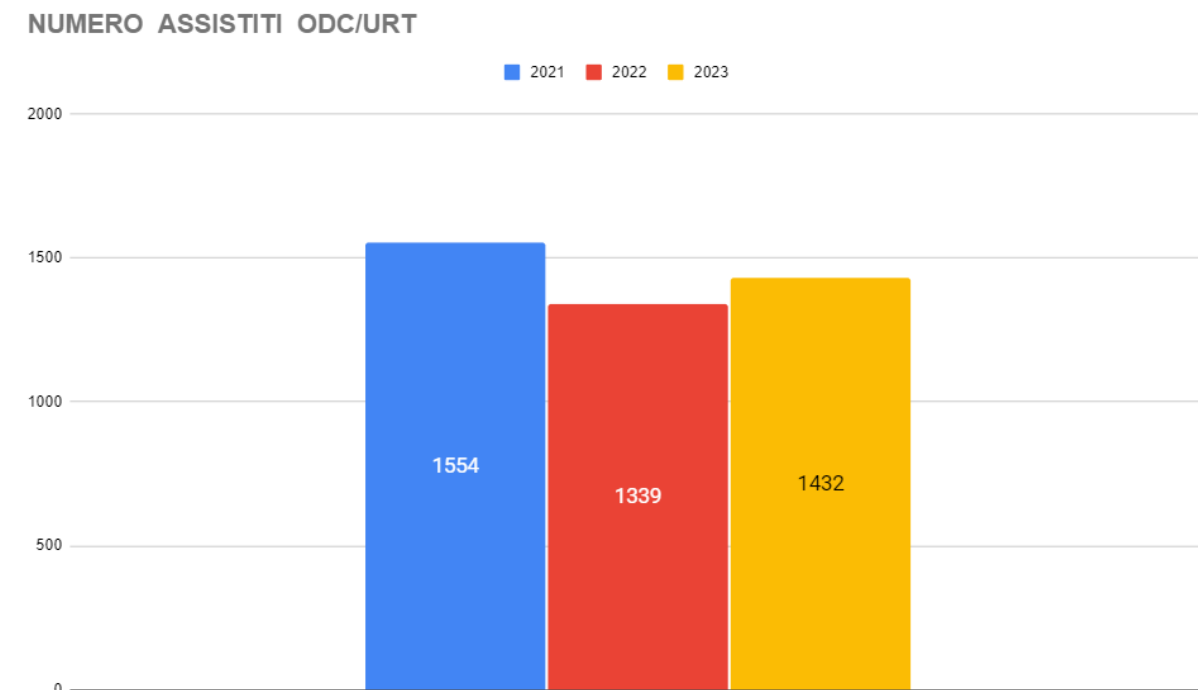
Tipologia di struttura		Posti letto Distretto 1	Posti letto Distretto 2	Posti letto Distretto 3	Posti letto Distretto 4	Totale
Ospedale di Comunità (ODC)	Pubblico		18	24		42
	Privato	48			48	96
Hospice	Pubblico	14	7			21
	Privato				10	10
Totale strutture intermedie	Pubblico	14	25	24		63
	Privato	48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

Assistiti in ODC

Tabella 12 - Numero Assistiti in ODC (2023 - 11 mesi) - fonte DWH regionale

Struttura	2021	2022	2023
Odc Covid Bovolone	78		
Odc Covid Bussolengo	193		
Odc Covid Pederzoli	43		
Odc Covid San Bonifacio	36		
Ospedale Di Comunita Bovolone	162	206	229
Ospedale Di Comunita Fracastoro San Bonifacio	193	188	207
Ospedale Di Comunita Le Betulle Verona	204	253	255
Ospedale Di Comunita Situato Presso Il Centro Servizi Dott. Pederzoli	308	291	328
Ospedale Di Comunita Tregnago	155	211	213
Ospedale Di Comunita Valeggio Sul Mincio	182	190	200
Totale	1554	1339	1432

Grafico 10 - Andamento Numero Assistiti in ODC ultimo triennio ULSS 9



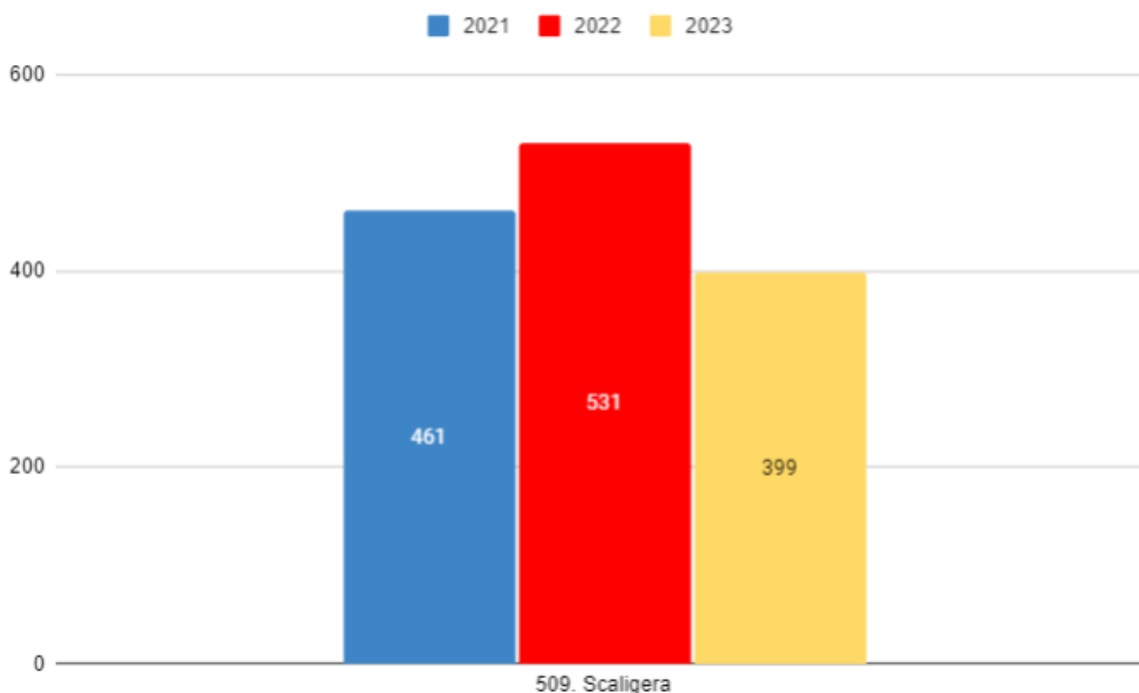
Assistiti in Hospice

Tabella 13 - Numero Assistiti in Hospice (2023 - 11 mesi) - fonte DWH regionale

Struttura Erogatrice	2021	2022	2023
768014. HOSPICE S.CRISTOFORO	88	110	79
768094. HOSPICE SAN GIUSEPPE DI MARZANA	153	136	149
845338. HOSPICE PEDERZOLI	220	285	171
TOTALE	461	531	399

Grafico 11 - Andamento Numero Assistiti in Hospice ultimo triennio ULSS 9

Numero pazienti hospice anni 2021 2022 2023



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.

Nel primo semestre 2023 oltre 7.000 persone hanno goduto di assistenza protesica (dato in crescita dell'8,6% rispetto allo stesso periodo 2022, soprattutto nei distretti 3 e 4).

Tabella 14 - Spesa per dispositivi non monouso e numero di soggetti distinti per distretto e spesa per servizi accessori complessiva

Distretto	1° semestre 2023		1° semestre 2022		VAR %	
	spesa	soggetti	spesa	soggetti	spesa	soggetti
1-2	2.171.259,61	3.414	2.129.769,35	3.103	1,9%	10,0%
3	556.383,86	1.164	750.672,22	1.089	-25,9%	6,9%
4	1.164.481,19	2.455	1.279.812,10	2.282	-9,0%	7,6%
Totale	3.892.124,66	7.030	4.160.253,67	6.474	-6,4%	8,6%
Servizi Aggiuntivi	281.910,00		295.153,73		-4,5%	
Totale	4.174.034,66		4.455.407,40		-6,3%	

La spesa si concentra soprattutto sull'erogazione di plantari e calzature ortopediche, ausili per l'udito, unità posturale, e carrozzine (che insieme cubano il 54% del totale).

Tabella 15 - Prime 20 voci di spesa per codici ISO al II livello

ISO livello	II descrizione	spesa	soggetti	spesa/ soggetti	var % rispetto alla spesa del 2022
22.06	Ausili per l'udito	718.603,55	526	1.366,17	96,8%
06.12	Plantari	563.483,77	1554	362,60	0,9%
18.09	Unità posturale	366.453,09	371	987,74	-7,5%
12.22	Carrozzine	267.051,97	859	310,89	107,6%
06.24	Protesi arti inferiori	259.678,60	79	3.287,07	24,0%
06.33	Calzature ortopediche	245.948,31	775	317,35	-6,1%
06.03	Busto/corsetto	208.530,72	295	706,88	10,0%
12.24	Tavolini, bracciali, schienali	151.917,60	790	192,30	0,6%
12.36	Ausili per sollevamento	142.026,96	579	245,30	44,8%
04.03	Ventilatori/respiratori	106.327,00	452	235,24	-74,5%
18.12	Letti, sponde, traverse	103.140,29	1462	70,55	-15,5%
12.23	Carrozzine a motore elettrico	100.301,80	100	1.003,02	103,4%
06.30	Protesi non di arto	77.368,15	205	377,41	20,1%
04.48	Tavolo inclinabile per statica	67.248,49	34	1.977,90	124,9%
21.45	Apparecchio acustico	64.429,82	66	976,21	-87,6%
03.33	Materassi/cuscini	63.728,00	1269	50,22	11,9%
06.18	Protesi di arto superiore	51.553,32	17	3.032,55	71,1%
12.21	Carrozzina	47.609,77	1056	45,09	-58,6%
04.08	Indumenti a compressione per controllo e concettualizzazione del corpo	35.383,03	28	1.263,68	93,4%
22.21	Ausili per comunicazione	33.921,68	37	916,80	-1,4%
carrozzine(12.22+12.21+12.23)		414.963,54			41,6%
ausili o apparecchi udito(21.45+22.06)		783.033,37			-11,6%

Assistenza Residenziale e Semi-Residenziale

Questa offerta assistenziale si rivolge agli assistiti "più fragili": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche o con problemi di dipendenze o di salute mentale. Trova espressione in numerose strutture (residenziali e semiresidenziali) adeguatamente dotate per far fronte alle esigenze delle diverse tipologie di pazienti. L'accesso al sistema della residenzialità e semiresidenzialità avviene a seguito di valutazione della UVMD.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani si registrano 7234 utenti (per la maggior parte residenziali), in aumento del 2% rispetto allo stesso periodo del 2022.

Tabella 16 - Utenti ospitati nelle strutture per assistenza anziani con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAR primi 9 mesi 2023

Tipologia di struttura	Posti Letto	Utenti	Giornate presenza	var % vs 2022 posti letto	var % vs 2022 utenti
Non autosufficienti (*)	5292	6614	1.318.233	-8%	1%
Religiosi di 1° livello	219	212	50.562	-11%	24%
Centro diurno non auto	281	275	44.616	-5%	11%
SAPA	10	36	1.574	0%	19%
SVP	29	22	4.857	0%	-27%
Autosufficienti	245	173	27.258	0%	-8%
Totale	6076	7234	1.447.100	-8%	2%

(*) Sono comprese sia le Unità di Offerta per non autosufficienti di 1^a e 2^a livello sia la nuova tipologia introdotta con DGR 996.

Per quanto riguarda l'assistenza ai disabili nei primi 9 mesi del 2023 si registrano 2.404 utenti, in aumento del 1% rispetto allo stesso periodo del 2022.

Tabella 17 - Utenti ospitati nelle strutture per assistenza disabili con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAD primi 9 mesi 2023

tipologia	Posti letto	Utenti	Giornate presenza	var % vs 2022 posti letto	var % vs 2022 utenti
Comunità alloggio per persone con disabilità	411	388	100.325	0%	-1%
Comunità residenziale per persone con disabilità	20	19	4.996	0%	-10%
RSA per persone con disabilità	265	214	52.844	0%	-2%
Gruppo appartamento per persone con disabilità	0	12	3.075	-	-8%
Centro diurno per persone con disabilità	1381	1189	312.960	-1%	-1%
Progetto educativo occupazionale esterno al CD	0	178	44.404	-	3%
Percorso per l'occupabilità (A) - DGR 1375/20	0	85	20.372	-	102%
Percorso orientato all'inserimento lavorativo (B) - DGR 1375/20	0	35	7.011	-	35%
Progetto Dopo di Noi	0	284	72.624	-	-6,0%
Totale	2077	2404	618.611	-1%	1%

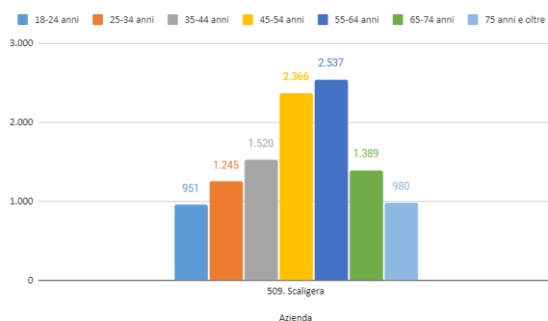
Assistenza psichiatrica territoriale

Tabella 18 - Utenti con almeno un contatto per Azienda ULSS di contatto e tipo di assistenza Anno 2022

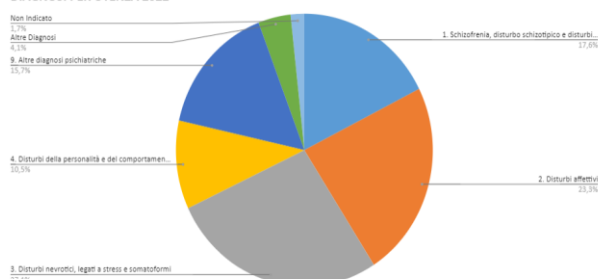
ASL	Solo Territoriale	di cui solo Pronto Soccorso	Solo Ospedaliera	Territoriale Ospedaliera	Totale
501. Dolomiti	3.298	127	30	257	3.585
502. Marca Trevigiana	11.097	59	474	1.132	12.703
503. Serenissima	7.985	1	287	769	9.041
504. Veneto Orientale	2.513	.	90	261	2.864
505. Polesana	3.555	32	104	274	3.933
506. Euganea	12.431	87	671	1.382	14.484
507. Pedemontana	4.792	199	117	488	5.397
508. Berica	6.013	65	265	712	6.990
509. Scaligera	9.011	129	837	1.125	10.973
901. AOU Padova	533	.	250	542	1.325
912. AOUI Verona	.	.	86	219	305
Totale	60.967	698	3.158	5.488	69.613

Grafico 12 – Utenza Assistenza Psichiatrica per età (Anno 2022) e Utenza Assistenza Psichiatrica per Diagnosi

UTENZA PER FASCIA D' ETÀ 2022



DIAGNOSI PER UTENZA 2022



PREVENZIONE

Servizio Igiene e Sanità Pubblica SISP

Tabella 19 - Dati Vaccinazioni ed attività SISP

		2023	2022	2021
PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE	n° vaccinazioni*	684.581*	709.463	604.691
	n° vaccinazioni covid effettuate dal servizio	14967		
	Coperture vaccinali obiettivi			
	3° Esavalente (24 mesi età) (%)	95,70%		
	1° MPRV (24 mesi età) (%)	94,90%		
	HPV (13 anni d'età) (%)	80,01%		
	1° Pneumococco (65 anni) (%)	54,61%		
	1° Herpes Zoster (65 anni) (%)	53,21%		
	Influenza (over 65 anni) (%)	52,2%**	52,3	
	n. malattie infettive (denunce pervenute da ospedale, PLS e MMG)*	2.169	1.058	599
ATTIVITÀ PREVENZIONE	n. sopralluoghi	530	467	603
	n. campionamenti	734	808	825
	n. pareri edilizi	214	301	428

* esclusa attività COVID ** dato provvisorio

		2023
ATTIVITÀ NECROSCOPICA	N° accertamenti di decesso	3045

Screening oncologici

Tabella 20 - Dati Screening oncologici

		2023	2022	2021
SCREENING MAMMOGRAFICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	73.207	72.388*	71.287*
	Tasso di copertura (obiettivo regionale)	59,1%	63,3%	60,2%
	n. inviti (esclusi inesitati)	62.311	73.216	74.016
	Tasso di adesione grezzo	69,4%	62,6%	58,0%
SCREENING CITOLOGICO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	74.975	76.274	77.573
	Tasso di copertura (obiettivo regionale)	48,8%	59,8%	58,0%
	n. inviti (esclusi inesitati)	43.468	62.234	62.685
	Tasso di adesione grezzo	51,00%	45,60%	44,9%
SCREENING COLON-RETTO	Popolazione ISTAT-esclusi prima dell'invito	121.574	120.785	117.962
	Tasso di copertura (obiettivo regionale)	57,2%	55,3%	87,9%
	n. inviti (esclusi inesitati)	119.663	99.873	162.190
	Tasso di adesione corretto	58,8%	68,1%	64,8%

* fascia d'età 50-74 aa

Fonte QLIK (I dati del 2023 sono provvisori)

Attività di screening per problematiche PFAS

Tabella 21 - Dati attività di screening PFAS

	2023			2022			2021		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago	5.932	3.038	51	5.052	2.752	54.5%	2.381	1.412	59,30%
Cologna Veneta	6.063	3.316	54	4.286	2.215	51.7%	2.628	1.352	51,45%
totali	11.995	6.354	53	9.338	4.967	53.2%	5.009	2.764	55,18%

	2023			2022			2021		
	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%	Inviati	Effettuati	%
Legnago e San Bonifacio endocrinologico/internistico	662	274	41,4	1	1	100%	169	138	81,66%
Legnago cardiologico	/	/	/	/	/	/	1236	752	60,84%
totali	662	274	41,40%				1.405	890	63,35%

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 una 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 22 - Attività SPISAL

		2023	2022
VIGILANZA	Attività produttive sottoposte a controllo di cui:	1215	1744
	cantieri	420	586
	cantieri per bonifica amianto	30	52
	aziende agricole	34	84
	Verbali redatti con contravvenzioni	522	504
	Inchieste per infortuni sul lavoro concluse	167	303
	Inchieste per malattie professionali concluse	435	528
VALUTAZIONI E AUTORIZZAZIONI	Autorizzazioni in deroga ex art. 63 e 65 del D.Lgs. 81/08 (compresi gli alloggi per stagionali)	32	25
	Valutazioni in merito a piani di lavoro per bonifica amianto	697	1.516
ATTIVITÀ SANITARIE	Visite mediche	465	328
	Ascolto sullo stress lavoro-correlato	120	106
ASSISTENZA	Interventi di informazione e formazione		25
	Ore di formazione erogate		158
	Persone formate		1350
	Incontri con parti sociali, enti bilaterali, aziende, figure della prevenzione aziendale (Medici competenti, RSPP, RLS)		

Medicina Legale

Tabella 23 - Attività della Medicina Legale

	Attività	Indicatori di produzione	2023	2022	2021
SERVIZIO MEDICINA LEGALE	Certificazioni medico legali	n. certificati rilasciati	751	521	872*
	Valutazioni sinistri	n. relazioni effettuate	37	42	58
	Visite medico collegiali**	n. persone visitate	61	67	69
	Commissione Medica Locale Patenti	n. pratiche istruite	9335	10010	10529
	Legge 210/92	Pratiche istruite	10	5	2
	Vigilanza	n. interventi	23	28	30
	Visite necroscopiche	n. accertamenti	68	94	126

* 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

Attività Motoria

Tabella 24 - Attività Motoria

	2023	2022
Visite totali med.sport. agonistiche (tipo A+B)	6.826	6.075
Visite med.sport tipo A < 18 anni	13	29
Visite med.sport tipo A >18 anni	33	0
Visite med.sport tipo B < 18 anni	6.453	5.846
Visite med.sport tipo B >18 anni	327	200
ECG effettuati da UOSD Attività Motoria	20.774	18.460
Test da sforzo al cicloergometro	473	644
Visite med.sport. non agonistiche	540	348
Return to Play	13	460
Disabili	26	27
EFS (Esercizio Fisico Strutturato)	44	23

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Tabella 25 - Attività SIAN

		2023	2022	2021
Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione SIAN	Nr. controlli ufficiali (alimenti, bevande -matrici di origine vegetale; fitosanitari);	2.560	2.201	1.748
	Nr. campioni - acque destinate al consumo umano anche da fonti private	2313 [^]	2.495	2.553
	Nr. di campioni su alimenti e bevande (matrici di origine vegetale) e formulati	447 ^{^^}	474	396
	divalutazione/Validazione Menù Distribuiti nella Ristorazione Scolastica	246 ^{^^^}	242	195
	e Consulenze nutrizionali in progetti di educazione alimentare nelle - scuole	794 ^{^^^^}	1.275	173
	Registrazioni, Riconoscimenti, autorizzazioni sanitarie	8256 ^{^^^^^}	4.786	4.928
	Allerte gestite	260 (n.361 C.U.)	232 (n.289 CU)	n. 333 (n. 448 CU)
	Certificazioni e attestazioni ufficiali per l'Eexport	1.421	1.411	1.278
	Nr. segnalazioni di sospette Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA) gestite	95 ^{^^^^^^} (27 interviste SIAN per MTA)	66	37

[^] n.2136 campioni rete acquedottistica + n.84 campioni per giudizi d'idoneità d'uso (privati, nuovi pozzi, OSA) + n.39 campioni per radioattività (pozzi OSA+ rete)+ n. 54 campioni per monitoraggio chimico ambientale;

^{^^} n. 443 campioni su alimenti e bevande + n.4 campioni formulati;

^{^^^} n. 246 (standard + diete speciali);

^{^^^^} n.533 alunni (28 classi) sorveglianza okKIO alla Salute + n.261 alunni (13 classi) Sport Expo;

^{^^^^^} di cui n.6 riconoscimenti (art. 6 Reg 852/04) + n. 7 autorizzazioni sanitarie per deposito e vendita fitosanitari (DPR 290/01);

^{^^^^^^} n. 97 segnalazioni/notifiche gestite per sospette MTA (con 27 interviste UOC SIAN).

Tabella 26 - Servizio Veterinario Sanità Animale (Vet A)

		2023	2022	2021
Servizio Veterinario Sanità Animale	Richieste di intervento da parte degli utenti	4.492	4.092	6.981
	Attività del settore epidemiologia e controllo delle malattie soggette a denuncia	6.486	9.107	5.487
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione bovina da latte*	198	160	398
	Risanamento e profilassi obbligatoria: interventi ordinari e straordinari legati alla movimentazione ovicaprina *	241	175	
	Vigilanza allevamenti avicoli e gestione delle emergenze e delle affezioni respiratorie**	124.785	137.289	48.964
	Controlli in allevamento per per anagrafi zootecniche bovina, suina, ovicaprina, cunicola, equina, apistica e avicola	272	128	144

* aziende di bovine e ovicaprine sottoposte a controllo per Tuberolosi, Leucosi, Brucellosi

Tabella 27 - Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale (Vet B)

		2023	2022	2021
Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale	Ispezioni per benessere al macello	44	39	41
	N. di controlli ante e post mortem su animali macellati	114.842.378	108.946.295	123.329.293
	N. di UGBE (unità giovani bovini equivalenti) relative	721.589	715.197	774.290
	Ispezioni e vigilanza suini macellati a domicilio	215	329	511
	Riconoscimenti, registrazioni, pareri	290	153	108
	Certificazioni export	4.505	3.954	3.307

Tabella 28 - Servizi Veterinari C e D

		2023	2022	2021
Servizio Veterinario degli allevamenti prod. Zootecniche*	Accertamenti e pareri in favore di privati e di pubbliche amministrazioni	6.795	6.820	6.765
	Sopralluoghi e pareri su riproduzione animale		56	70
	Controllo sul benessere animali da reddito	436	1.065	1.600
	Controllo su deposito, vendita, utilizzo del farmaco veterinario	639	810	447
	Sorveglianza sui sottoprodotti di origine animale		1.026	1.420
	Sorveglianza sulla alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi		157	220
	Controllo igienico-sanitario produzione latte		59	30
Servizio Veterinario Igiene Urbana Animale**	Lotta al randagismo e controllo benessere animale per gli animali d'affezione	9.931	9.646	11.100
	di cui cattura cani randagi/vaganti	1.376	1.385	
	di cui colonie feline sterilizzate	418	347	
	Controllo popolazioni sinantropiche, controllo animali morsicatori e aggressioni	982	1.015	1.005
	Soccorso animali incidentati su strada, attività di coordinamento ed eventi formativi	172	150	89
	Nr. movimentazioni anagrafe canina	19.216	18.385	

*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

Indice delle Tabelle

Tabella 1- Posti Letto flussi HSP12 e HSP13 anno 2023.....	3
Tabella 2 - Posti Letto flussi HSP12 anno 2023 per Ospedale	3
Tabella 3 - Posti Letto flussi HSP13 anno 2023 per Ospedale	4
Tabella 4 - Numero ricoveri (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale	4
Tabella 5 - Numero interventi (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale.....	6
Tabella 6 - Numero Accessi in PS (stima 2023 - 11 mesi rolling) - fonte DWH regionale	6
Tabella 7 - Prestazioni (stima 2023 - 9 mesi rolling) - fonte DWH regionale	8
Tabella 8 - Strutture a gestione diretta per tipologia di struttura e tipologia di assistenza	9
Tabella 9 - Strutture private accreditate per tipologia di struttura e tipologia di assistenza	10
Tabella 10 - Strutture in convenzione attive nel 2023.....	10
Tabella 11 - Numero Assistiti in ADI (stima 2023 - 9 mesi rolling) - fonte DWH regionale.....	11
Tabella 12 - Numero Assistiti in ODC (2023 - 11 mesi) - fonte DWH regionale	13
Tabella 13 - Numero Assistiti in Hospice (2023 - 11 mesi) - fonte DWH regionale	14
Tabella 14 - Spesa per dispositivi non monouso e numero di soggetti distinti per distretto e spesa per servizi accessori complessiva	15
Tabella 15 - Prime 20 voci di spesa per codici ISO al II livello	15
Tabella 16 - Utenti ospitati nelle strutture per assistenza anziani con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAR primi 9 mesi 2023	16
Tabella 17 - Utenti ospitati nelle strutture per assistenza disabili con relativi posti letto e giornate di presenza da flusso FAD primi 9 mesi 2023.....	16
Tabella 18 - Utenti con almeno un contatto per Azienda ULSS di contatto e tipo di assistenza Anno 2022	17
Tabella 19 - Dati Vaccinazioni ed attività SISP	18
Tabella 20 - Dati Screening oncologici	18
Tabella 21 - Dati attività di screening PFAS	19
Tabella 22 - Attività SPISAL	19
Tabella 23 - Attività della Medicina Legale	20
Tabella 24 - Attività Motoria.....	20
Tabella 25 - Attività SIAN	21
Tabella 26 - Servizio Veterinario Sanità Animale (Vet A).....	21
Tabella 27 - Servizio Veterinario Igiene degli Alimenti di Origine Animale (Vet B)	21
Tabella 28 - Servizi Veterinari C e D	22

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2024-2026



Azienda ULSS 9 Scaligera

**Allegato 2 "Documento delle Direttive
anno 2024"**

Sommario

1	INTRODUZIONE	3
2	IL PROCESSO DI BUDGET	4
2.1	Misurazione e valutazione della performance	4
2.2	Negoziazione degli obiettivi di Budget	5
2.3	Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate	6
2.4	Il piano dei Centri di responsabilità	6
2.5	Valutazione della performance Organizzativa	10
2.6	Valutazione della performance individuale	10
2.6.1	Valutazione del personale Dirigenziale	11
2.6.2	Valutazione del personale del Comparto	12
2.7	Innovazione nell'ambito della Valutazione della Performance	13
2.8	Timing del processo.....	14
3	DAGLI OBIETTIVI STRATEGICI AGLI OBIETTIVI AZIENDALI	16
3.1	Obiettivi da programmazione regionale	16
3.1.1	Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale	17
3.1.2	Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale	19
3.1.3	Obiettivi e piani per il miglioramento	19
3.2	Approfondimento Obiettivi Strategici, rilevanti per le Strategie di Creazione di Valore	20
3.2.1	Raggiungimento degli standard di coperture vaccinali	20
3.2.2	Effettuazione delle attività di Screening	20
3.2.3	Sviluppo delle Cure Primarie: Servizi Medici Distrettuali	21
3.2.4	Adeguamento dei servizi sul territorio alle disposizioni del DM 77 (supportato dagli investimenti del PNRR)	21
3.2.5	Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	24
3.2.6	Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	25
3.2.7	Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	26
3.2.8	Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva	27
3.2.9	Rispetto del livello di costosità programmata regionale	30
3.2.10	Esecuzione del Piano di adeguamento per la gestione del consenso FSEr	31
3.2.11	Integrazione dei Sistemi Informativi SIO - Sistema Informativo Ospedaliero	31
3.2.12	Rispetto degli standard di sicurezza: Cyber security	32
3.2.13	Formazione del Personale: Digitalizzazione	32
3.2.14	Attuazione del PNRR	32
3.2.15	Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	34
3.3	Le Aree Strategiche	35
3.4	Documento delle Direttive 2024.....	36

1 Introduzione

In aderenza ai contenuti e alle scelte del PIAO, l'Azienda ha elaborato il **Documento di Direttive** che 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
- i Centri di Responsabilità per l'anno in corso;
- gli obiettivi aziendali per l'anno in corso;
- il raccordo tra la programmazione economica e gli obiettivi aziendali e di budget;
- il raccordo con la pianificazione pluriennale;

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 sovraintendere 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 Negoziazione degli obiettivi di Budget

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'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.

Le intese di budget sono riportate in una **scheda** che rappresenta il supporto per l'intero ciclo ed in particolare viene:

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

È compito del responsabile di ciascun CDR, eventualmente tramite delegati nel rispetto dei contratti integrativi, comunicare ai propri collaboratori gli obiettivi sottoscritti e tradurli in programmazione locale, in particolare deve:

- 1) comunicare a tutto il personale gli obiettivi assegnati dalla Direzione aziendale;
- 2) comunicare le modalità previste per il raggiungimento degli stessi;
- 3) informare tutti i dipendenti sui criteri e le modalità di valutazione delle performance individuali;
- 4) effettuare i colloqui di assegnazione degli obiettivi, individuali o di gruppo;
- 5) 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 individuale siano debitamente sottoscritte dai valutati.

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

2.3 Soggetti coinvolti nel processo e funzioni affidate

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 comprendendo 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 di Dipartimento di Prevenzione**
 - il **Direttore del Dipartimento di Salute Mentale**
- il **Direttore della Direzione Medica Ospedaliera** (se diverso dal DFO) per le UU.OO. Ospedaliere
- il **Direttore di Dipartimento** ove presente oppure il **Direttore di Distretto** (se diverso dal DFT) per le UU.OO. distrettuali
- il **Direttore della Unità Operativa**.

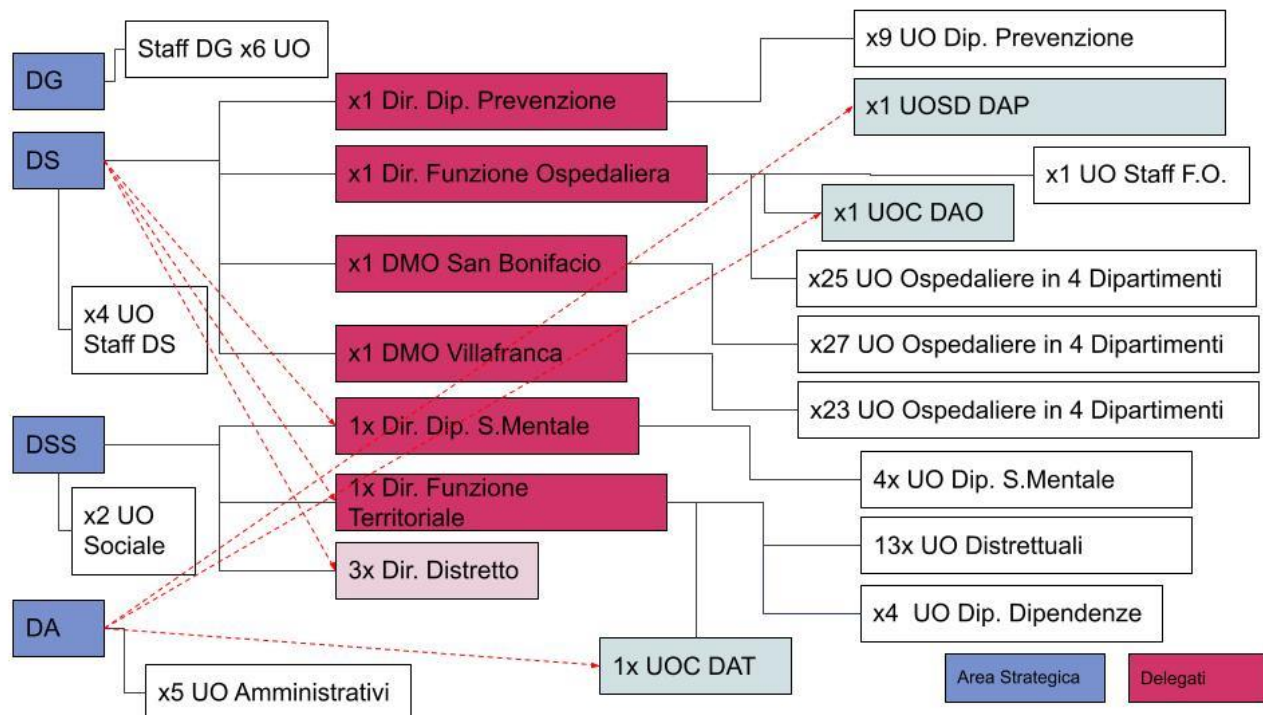
Le articolazioni che negoziano e sottoscrivono le intese di budget sono le stesse chiamate a valutare i risultati finali.

2.4 Il piano dei Centri di responsabilità

Il Budget viene sottoscritto da 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** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento (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)
Geriatrics (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 Trasfusionale 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)

2.5 Valutazione della performance Organizzativa

L'attività di monitoraggio si articola nelle seguenti fasi:

- 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.

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

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 Innovazione nell'ambito della Valutazione della Performance

La valutazione della Performance Individuale sarà oggetto di riflessioni ed innovazioni alla luce della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28 novembre 2023 ([link](#)) che *"fa seguito alle indicazioni fornite precedentemente dal Dipartimento della funzione pubblica con riguardo alle modalità operative da adottare per la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale delle amministrazioni pubbliche, di livello dirigenziale e non, al fine di integrare e adeguare ai nuovi indirizzi di efficacia ed efficienza l'attività delle amministrazioni pubbliche."*

Gli obiettivi perseguiti dal Ministero sono:

- *"l'adozione di modalità di valutazione che vadano **oltre** - soprattutto per il personale dirigenziale - **la sola valutazione** effettuata **dal superiore gerarchico** e che coinvolgano una pluralità di soggetti, interni o esterni all'organizzazione, per arrivare gradualmente alla valutazione a 360°;*
- *la corretta definizione della correlazione fra performance individuale e performance organizzativa;*
- *la necessità che i Sistemi di misurazione e valutazione delle performance siano in grado di assicurare un'adeguata **differenziazione delle valutazioni** (alle quale la contrattazione collettiva deve adeguarsi) quale leva essenziale per l'efficace gestione delle risorse umane, utilizzando strumenti quali momenti di confronto, feedback, omogeneizzazione, che sono in grado di agire sul livello di equità percepita da parte dei soggetti valutati;*
- *la definizione, all'interno del Sistema, di cosa l'amministrazione intenda per valutazione negativa, definendo, ad esempio, una **soglia di punteggio minima** (all'interno della scala di valutazione definita nel Sistema stesso) al di sotto della quale la valutazione deve intendersi negativa;*
- *l'introduzione di **forme di rewarding** per chi ha contribuito maggiormente al miglioramento della performance dell'amministrazione. [...]*
- *migliorare l'efficacia e l'utilità dei sistemi attualmente in uso per la valutazione della performance individuale dei dirigenti, ponendo al centro del processo di **valutazione la leadership** quale leva abilitante per il funzionamento delle organizzazioni;*
- *ribadire l'importanza del rispetto dei limiti previsti in sede di contrattazione collettiva per le **"eccellenze"**;*
- ***promuovere il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale**. In particolare, per i dirigenti occorrerà stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento nell'organizzazione;*
- *favorire l'**individuazione di nuove forme di premialità**, in relazione al conseguimento di elevate performance individuali e organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno di ogni amministrazione."*

Tra gli strumenti proposti, si segnalano:

- *"la **valutazione dal basso**, nella quale sono i collaboratori ad esprimere, in forma rigorosamente anonima, un giudizio sul proprio superiore (ad esempio, con questionari anonimi volti a verificare se l'operato del dirigente è orientato a valorizzare le attitudini del personale, a incentivarne la produttività, a garantire il benessere organizzativo, etc.);*
- *la **valutazione fra pari**, nella quale sono coinvolti i colleghi, soprattutto quelli con i quali si ha un rapporto più costante e rilevante;*

- la **valutazione collegiale** (v. *infra calibration*), nella quale al fine di superare eventuali asimmetrie nelle scale di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti del personale, sono previste specifiche fasi – preventive e successive – di confronto tra dirigenti (o, a seconda dei casi, tra direttori o tra dirigenti apicali);
- la valutazione, con riguardo alla performance organizzativa di strutture complesse o meno, da parte di **stakeholder esterni** (per esempio, da parte degli utenti di un servizio erogato dall'ufficio o di un campione di cittadini opportunamente individuato o da altri portatori di interessi, fondamentale quando si tratta di dipendenti a stretto contatto con il pubblico)."

L'azienda è impegnata nello sviluppo delle indicazioni ricevute in modo da attivare le forme di valutazione innovative ed i miglioramenti necessari nel più breve tempo possibile. Tuttavia per la complessità delle proposte, la carica di innovatività, e la corretta gestione delle Relazioni Sindacali, l'implementazione delle indicazioni ministeriali richiederà un tempo congruo.

2.8 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.

Con il 2024, valutati i benefici e le problematiche dell'anticipo della programmazione, nonché la tempestività registrata negli ultimi anni nella pubblicazione della delibera di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione, si ritiene di procedere normalmente con la sottoscrizione di schede annuali.

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

Fase/Attività	Scadenza
Definizione BEP	Dicembre (anno precedente)
Definizione Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO)	Gennaio (anno corrente)
Aggiornamento Documento delle Direttive	Gennaio (anno corrente)
Negoziiazione Budget	Febbraio - Aprile (anno corrente)
Delibera approvazione schede di Budget	Maggio (anno corrente)
Rinegoziiazione Budget	Settembre - Novembre (anno corrente)
Predisposizione schede di valutazione	Maggio (anno successivo)
Delibera verifica raggiungimento obiettivi Budget	Giugno (anno successivo)
Valutazione obiettivi individuali	Giugno (anno successivo)
Relazione sulla Performance	Giugno (anno successivo)
Validazione da parte dell'OIV della Relazione sulla Performance	Luglio (anno successivo)
Erogazione retribuzione di risultato a saldo	successiva alla validazione della relazione sulla Performance da parte dell'OIV (anno successivo)

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

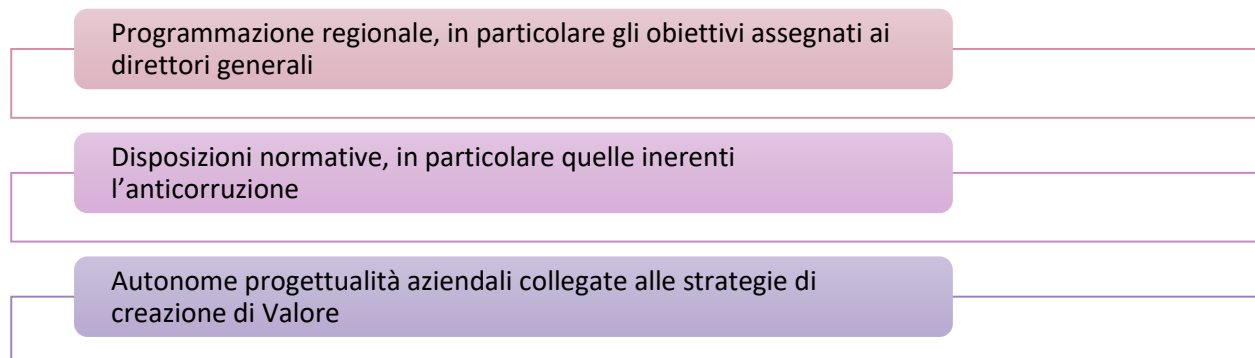


3 Dagli obiettivi strategici agli obiettivi aziendali

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

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:



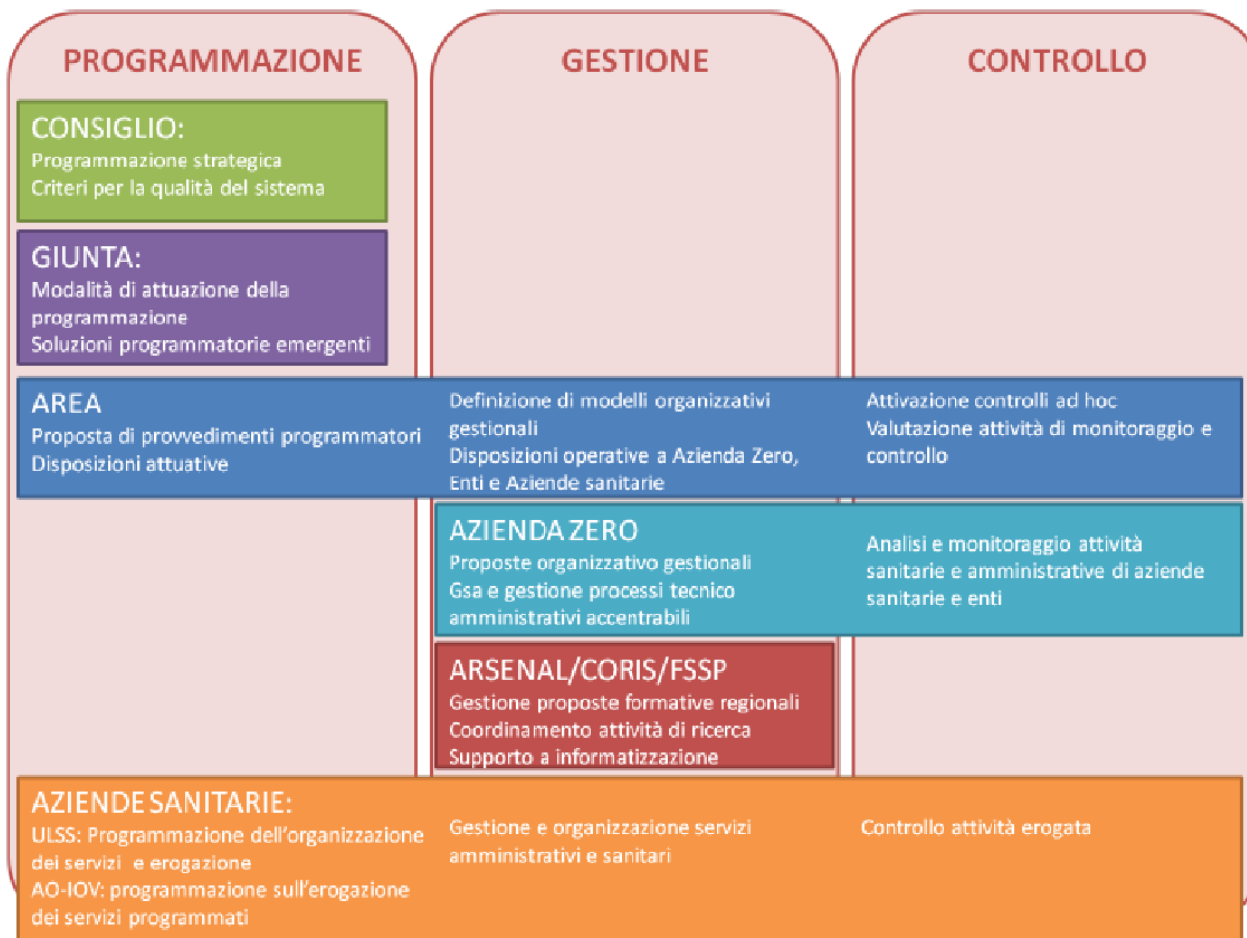
Gli specifici **obiettivi**, indipendentemente dalla provenienza, sono **riportati all'interno delle linee programmatiche aziendali** descritte nel Capitolo "Le Aree Strategiche". Gli obiettivi sono inoltre dettagliati in base agli indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione quando previste, 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 2024 e gli obiettivi assegnati all'ULSS 9 (con punteggio) sono contenuti nell'Allegato A della DGR 1682/2023.

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

Figura 2 Punti assegnati con DGR 1682/2023 ai diversi obiettivi

LINEA STRATEGICA	OBIETTIVO	punti Giunta	Peso %
S	S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza	24	40,00%
	S.1 - Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	12,2	20,33%
	S.2 - Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	1,4	2,33%
	S.3 - Perseguimento PNRR Missione 6	8,2	13,67%
	S.4 - Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	1,2	2,00%
	S.5 - Strategie di reclutamento del personale SSR	1	1,67%
A	A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza	12	20,00%
	A.1 - Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	6	10,00%
	A.2 - Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	6	10,00%
E	E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari	9	15,00%
	E.1 - Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	4	6,67%
	E.2 - Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	1,4	2,33%

	E.3 - Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	2,4	4,00%
	E.4 - Miglioramento dei processi sanitari	1,2	2,00%
	E.5 - Promozione dei processi di eccellenza		0,00%
Q	Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza	15	25,00%
	Q.1 - Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell' antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025	1	1,67%
	Q.10 - Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana	1,2	2,00%
	Q.11 - Sviluppo dei progetti di qualità percepita	0,6	1,00%
	Q.12 - Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati	0,6	1,00%
	Q.13 - Potenziamento dell'Assistenza Territoriale	1	1,67%
	Q.2 - Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	0,8	1,33%
	Q.3 - Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria	0,6	1,00%
	Q.4 - Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	1,2	2,00%
	Q.5 - Sviluppo assistenza territoriale	4,2	7,00%
	Q.6 - Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	1,2	2,00%
	Q.7 - Valorizzazione ruolo di hub	0,6	1,00%
	Q.8 - Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	0,8	1,33%
	Q.9 - Miglioramento della qualità del debito informativo	1,2	2,00%
Totale complessivo		60	100,00%

L'impianto degli obiettivi assegnati dalla Giunta ha una forte continuità con la programmazione degli anni precedenti ed in particolare con il 2023.

Tra gli elementi di **continuità** più evidenti:

- gli obiettivi sono organizzati nelle stesse 4 linee strategiche, e la linea "S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza" è ancora quella con maggior peso, anche se passa da 36 a 24 punti bilanciando maggiormente le differenti aree;
- il rispetto dei tempi d'attesa è ancora l'obiettivo con più punti, ancorché scenda da 30 a 12 punti;
- risultano in continuità gli obiettivi strategici circa l'adozione del modello di assistenza territoriale ex DM 77 e gli impegni del PNRR e del FSEr collegati;
- in perfetta continuità sia gli obiettivi che gli indicatori relativi al rispetto della programmazione economica, dei tetti ai costi, obiettivi di qualità dell'assistenza (indicatori del Piano Nazionale Esiti (PNE - pne.agenas.it) e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG - salute.gov.it al [Link](#));
- ancora presente l'obiettivo di qualità dei flussi informativi.

Emergono però alcune **novità** rilevanti, tra le quali:

- la modifica degli indicatori di riferimento per misurare la performance nell'ambito del rispetto dei tempi d'attesa, che propone in particolare una specifica programmazione dei cosiddetti "galleggi" e l'adesione al modello della "presa in carico" da parte dello specialista;
- l'inserimento di indicatori nuovi nell'ambito del NSG, in particolare recependo indicatori collegati ai PDTA per il trattamento dei tumori;
- l'inserimento di specifici obiettivi sul personale tra cui S.5.S.1 "Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore" e Q.13.S.1 "Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente";
- la revisione di buona parte degli indicatori di qualità dell'assistenza territoriale, con l'introduzione di alcune previsioni inedite:
 - Q.6.T.1 "Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali";
 - Q.10.S.1 "% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi";

- Infine la previsione di due nuovi flussi informativi il SIAR (che completa i flussi già presenti relativi alla riabilitazione territoriale) ed il SICOF, dedicato all'area dei consultori.

L'interpretazione di alcuni obiettivi potrà essere completata con l'emanazione del cosiddetto "Vademecum" che specificherà da parte dei diversi uffici regionali, le concrete richieste e soglie di adempimento cui l'azienda dovrà tendere.

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.

Nel corso del 2023, con nota Prot. n. 297270 del 1.6.2023, sono stati comunicati gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consigliare per gli anni 2023-2024:

Area	Obiettivo	Peso per ULSS 9
A - Gestione Covid e post covid		1,00
	A1 - Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale (approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023)	1,00
B - Attuazione della programmazione sanitaria		6,00
	B1 - Relazione sullo stato di attuazione del piano di adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie)	1,50
	B4 - Garanzia del servizio di Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) nel territorio aziendale: % di istituti che effettuano IVG/Istituti con reparto di Ostetricia almeno pari alla media nazionale	1,50
	B5 - Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità	1,00
	B6 - Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore "cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti"	2,00
C - Trasparenza e comunicazione		2,00
	C1 - Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	1,00
	C2 - Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero	1,00
D - Liste d'attesa		4,00
	D1 - Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo	4,00
E - Bilancio e efficienza		4,00
	E2 - Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	2,00
	E3 - Rispetto delle disposizioni per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna	2,00
F - Sistema Informativo e sicurezza		3,00
	F2 - Implementazione gestione Cyber security	2,00
	F3 - Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	1,00
Totale complessivo		20,00

Gli obiettivi B4, B6 e C2, rispettivamente relativi all'interruzione volontaria di gravidanza, alla procreazione assistita ed agli esiti delle indagini di qualità percepita, rappresentano delle novità rispetto agli anni precedenti. Negli altri casi si registra una sostanziale continuità.

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.
- Obiettivi riferibili al "Piano per la transizione digitale".

- 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.
- 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

Sono oggetto di obiettivo specifico i tassi di copertura relativi alle vaccinazioni pediatriche (95%), all'antiinfluenzale nella popolazione con età pari o superiore ai 65 anni (60%), alle vaccinazioni previste nelle classi dei sessantacinquenni (Pneumococco 55%, Herpes Zoster 50%) e la Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (80%).

Secondo le ultime stime disponibili nel 2023 dovrebbero venir raggiunti tutti i livelli programmati per le vaccinazioni pediatriche e l'herpes zoster. Le coperture vaccinali relative ai vaccini contro lo pneumococco e l'HPV risultano essere prossimi alla soglia obiettivo che tuttavia ad oggi non è ancora stata raggiunta (-0,5% in entrambi i casi). Relativamente al vaccino antinfluenzale la copertura è in linea con l'anno precedente.

Si prevede nel 2024 di confermare il livello di costosità previsto per il 2023, con circa un milione di euro in meno dello stimato 2022 nonostante l'implementazione del nuovo Calendario vaccinale che include nuovi cicli vaccinali, tra cui particolarmente rilevante quello contro il Meningococco, che nel corso del 2024 potrebbero diventare altrettanti target.

Gli obiettivi relativi alle coperture vaccinali vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC SISP, che direttamente eroga buona parte delle vaccinazioni in oggetto, ma coinvolge, in varie forme, anche le strutture distrettuali (in particolare le UU.OO.CC. delle Cure Primarie) per il coinvolgimento di MMG, PLS, Farmacie e centri servizi.

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).

L'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute si occupa della programmazione delle campagne e monitora le attività svolte dalle Radiologie, dalle Gastroenterologie ospedaliere, dal Laboratorio di anatomia patologica e dalle ostetriche dei consultori afferenti alle UOC Infanzia Adolescenza e Famiglia.

Nel 2023 il mantenimento dei livelli di copertura richiesti è stato critico, in particolare per lo screening alla mammella. Tra le rilevanti problematiche organizzative:

- 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)

All'insieme degli screening oncologici, si è aggiunto lo screening per l'epatite C, che è attivo a partire dal 16 Maggio 2022 ed è destinato gratuitamente a tutte le persone nate tra il 1969 e il 1989 e ad alcune popolazioni selezionate,

quali i soggetti seguiti dai Servizi per le Dipendenze ed i detenuti. Si può effettuare il test su invito del programma di screening, o in occasione di altri esami del sangue, oppure su prescrizione del medico curante con apposita esenzione.

La Regione ha richiesto 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 $\geq 15\%$, e l'azienda ULSS 9 ha superato tale soglia.

Gli obiettivi relativi agli screening vedono come Unità Operativa Capofila l'UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute, che coordina e monitora le campagne, ma coinvolge, in particolare per i prelievi e le relative diagnostiche, anche le strutture distrettuali ed ospedaliere, in particolare la UOSD Breast Unit, le radiologie, le UU.OO.CC. IAF e l'Anatomia Patologica.

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, tra gli obiettivi per il 2023, ha previsto l'Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale con la garanzia della copertura con MMG/PLS del 99% della popolazione.

Dal 2022, non riuscendo a reclutare un numero sufficiente di MMG/PLS, 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 2023 sono attive in 17 sedi.

Gli obiettivi relativi allo sviluppo delle Cure Primarie vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Cure Primarie supportate dall'UOS Medicina Convenzionata dell'UOC DAT, che si occupa degli aspetti amministrativi.

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.

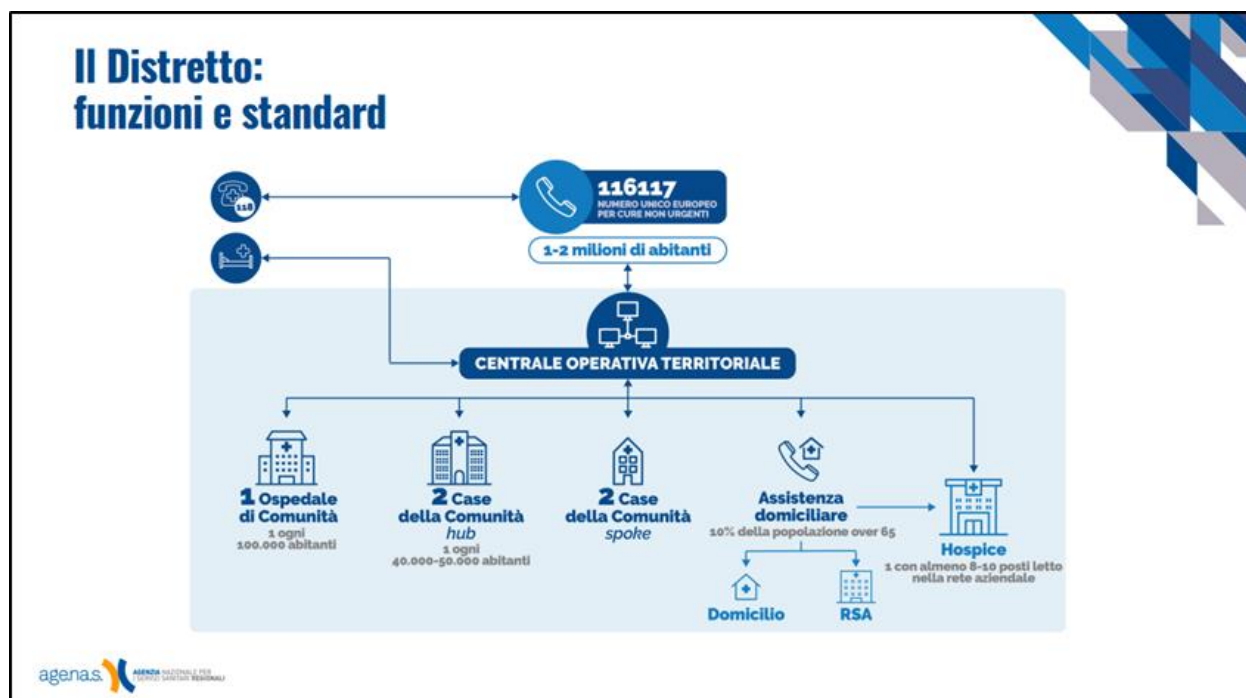
Le principali disposizioni del DM 77/2022, che ridisegna soprattutto funzioni e standard del Distretto, come riportate sul sito del Ministero della Salute sono:

- 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 dialogo 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.

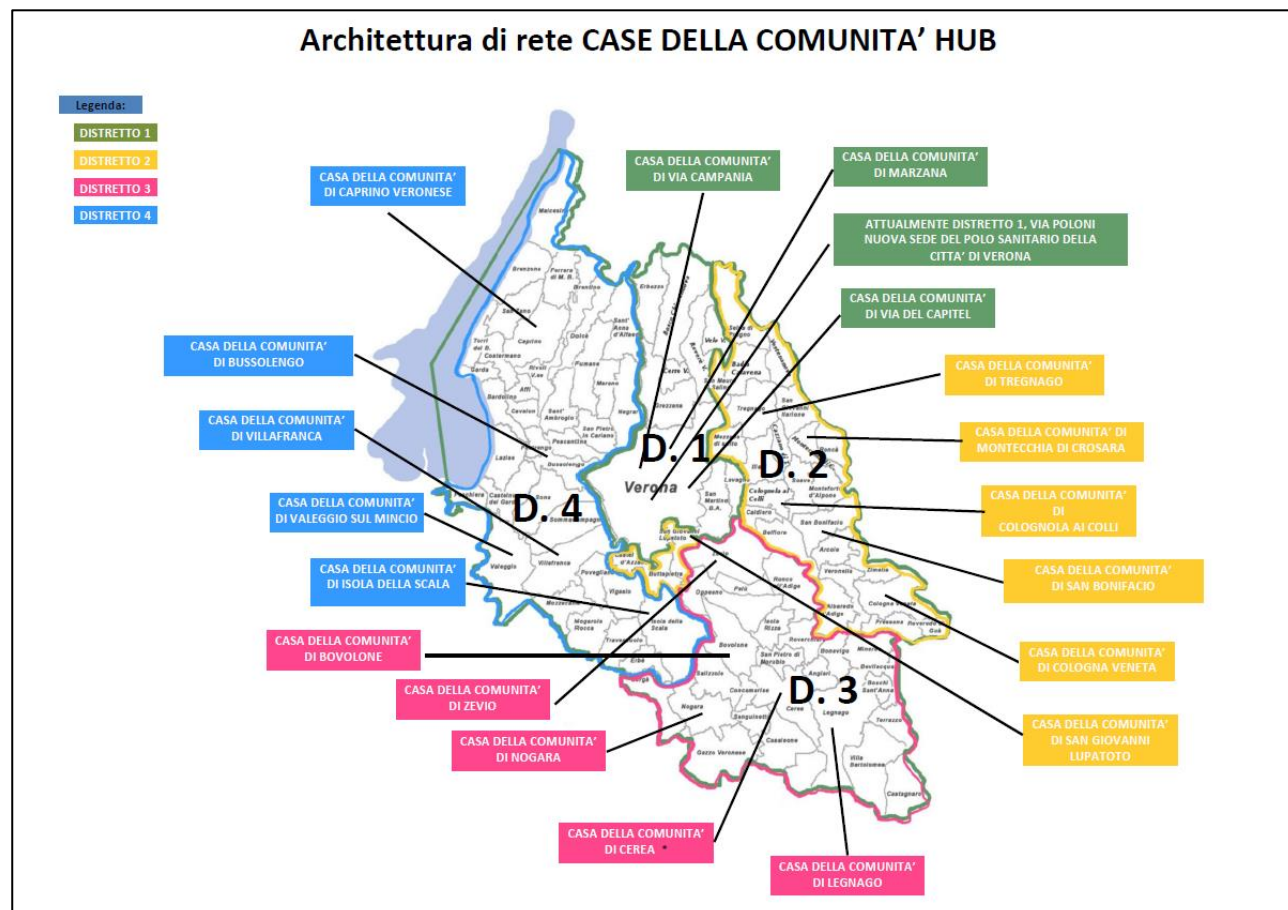
Tra questi sono specifico oggetto di obiettivo regionale e di conseguenza aziendale le Case della Salute e gli Ospedali di comunità (a. e g.), la Centrale Operativa Territoriale (c.), l'ADI (f.) e le cure Palliative (h.), i minori, in particolare con l'attivazione delle Unità Funzionali di Assistenza Distrettuale (i.) e la Telemedicina (j.)

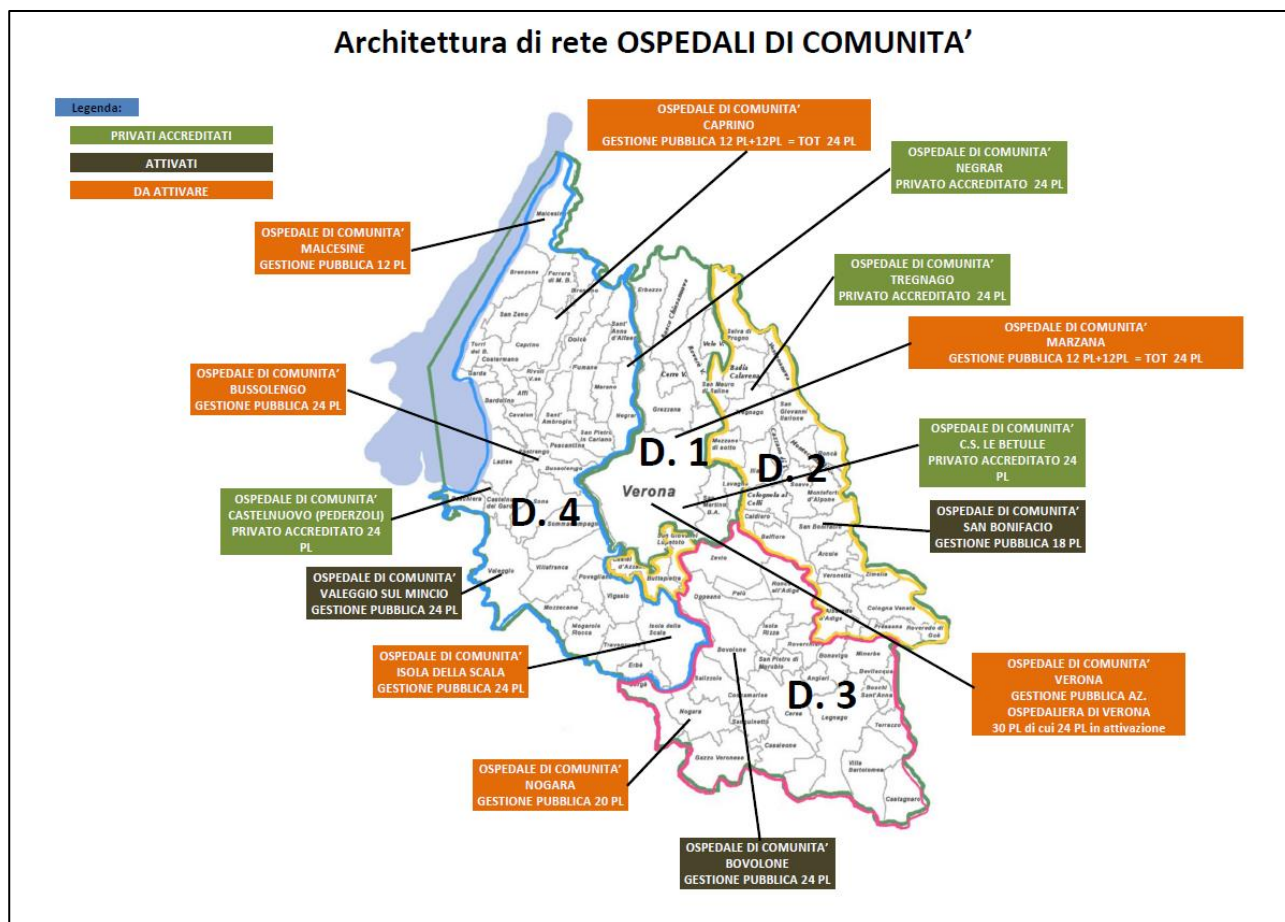
Figura 3 - Presentazione Agenas del Modello Organizzativo del Distretto



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 HUB e per gli ospedali di Comunità nelle mappe sottostanti.

Figura 4 Case della Comunità HUB programmate in provincia di Verona





Gli obiettivi relativi alla realizzazione del Modello definito dal DM 77, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Distretti, ma anche altre Unità Territoriali (in particolare cure primarie e palliative) nonché la progettualità è fortemente condivisa con l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, che assume speculari obiettivi sulla realizzazione delle strutture. L'obiettivo infine coinvolge l'area delle risorse umane, ed in particolare la UOC Direzione Professioni Sanitarie, interessata dalla necessità di staffare le nuove funzioni territoriali.

3.2.5 Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard

In coerenza con il DM 77/2022 l'investimento nell'assistenza domiciliare rappresenta uno degli obiettivi più rilevanti per la strategia di modernizzazione della sanità.

Tra gli indicatori più rilevanti è la percentuale di ultrasessantacinquenni in ADI, che ha assunto una rilevanza fondamentale in quanto in base al DM del 23 gennaio 2023, le risorse collegate all'investimento M6C1 - 1.2.1 - Assistenza domiciliare del PNRR sono vincolate al raggiungimento del target del 10%.

L'ULSS 9, che pur avendo un numero di accessi molto alto in proporzione alle proprie dimensioni, presenta l'indicatore più basso in regione (6,3%) ed ha pertanto predisposto un piano d'azione per l'incremento degli anziani in ADI, basato su molteplici procedure tese ad intercettare i pazienti eleggibili ed in particolare sburocratizzando il percorso di inserimento a cura del MMG.

Per raggiungere il target del 10% di anziani in ADI il numero di soggetti da avviare alle cure domiciliari, anche per percorsi brevi e con un numero limitato di accessi, deve aumentare dei 12.000 circa del 2022 assistiti ad oltre 19.000 soggetti (+7.000 casi circa).

Figura 5 - Target ultrasessantacinquenni in ADI

AULSS	2019	2022	2023	
	(Baseline)	(Consolidato)	Soglia Q.05.D.2	
	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI	N. Anziani ≥ 65 anni in ADI in più rispetto all'anno 2022	Target N. di Anziani ≥ 65 anni in ADI da prendere in carico nell'anno 2023
1 - Dolomiti	4.719	5.443	712	6.155
2 - Marca trevigiana	16.830	22.490	552	23.042
3 - Serenissima	10.787	13.173	2.118	15.291
4 - Veneto Orientale	5.233	6.471	159	6.630
5 - Polesana	5.509	7.592	185	7.777
6 - Euganea	17.803	27.488	668	28.156
7 - Pedemontana	5.422	6.695	1.116	7.811
8 - Berica	8.413	10.143	1.448	11.591
9 - Scaligera	13.597	12.344	7.234	19.578

Gli obiettivi relativi all'assistenza domiciliare, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Cure Primarie in quanto titolari sia dei rapporti con i MMG che della gestione degli infermieri che erogano l'attività. È però indubbio che la portata di questo obiettivo coinvolga particolarmente i Distretti, le Cure Palliative ed i Sistemi Informativi (con riferimento all'introduzione di nuovi software per la gestione dell'ADI).

3.2.6 Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard

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.

La batteria di indicatori che la Regione metterà quali obiettivi si è arricchita a partire dal 2024 con un totale di X indicatori, di cui 2 specifici per l'ULSS 9:

- H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario

Gli altri indicatori Ospedalieri di "mantenimento sono":

- H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"
- H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"
- H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
- H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
- H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario
- H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
- H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
- H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno

- H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno
- H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
- Candidati trapianto rene da donatore vivente
- Segnalazione potenziali donatori di organo
- Percentuale di opposizione alla donazione di cornee
- PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute
- PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)
- PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)
- Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni
- Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
- H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
- H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche

Rispetto agli anni precedenti, oltre ad aver incrementato significativamente il numero di indicatori considerati, vi è stato l'inserimento di numerosi indicatori relativi ai percorsi del paziente oncologico.

Gli obiettivi relativi agli standard dell'assistenza ospedaliera, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. DMO ed UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri ma riguarda, in via diretta, tutte le Unità ospedaliere coinvolte nell'erogazione dei ricoveri in oggetto e, laddove gli obiettivi coinvolgano anche i privati accreditati, abbraccia anche le competenze delle strutture che gestiscono le relazioni con tali erogatori.

3.2.7 Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali

Tra gli obiettivi più rilevanti dell'azienda, che nel 2023 ha pesato per oltre il 50% sulla valutazione della Giunta, c'è il recupero delle liste di attesa anche attraverso l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, per il quale sono state adottate diverse misure tra cui:

- DGRV 1329/2020, con cui è stato approvato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa;
- DGRV 759/2021, provvedimento con cui sono state approvate le disposizioni per l'elaborazione del Piano Operativo Regionale, approvato con dgr n. 1329/2020;
- DGRV 925/2021, con cui è stata prevista l'assegnazione ad Azienda Zero di un finanziamento per un importo complessivo pari a 32 milioni di Euro, per ciascuno degli anni del triennio 2021-2023, di cui una parte da destinare al recupero delle Liste di Attesa;
- DGRV 1061/2021 con cui è stato aggiornato il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa;
- DGRV 1293/2021, con cui sono state stanziare risorse finalizzate al recupero delle prestazioni sanitarie sospese e delle liste di attesa;
- DGRV 1788/2021, che prevede tra le altre cose che, una volta rientrati in FASE 1 della emergenza, le risorse possano essere utilizzate per il recupero delle prestazioni sospese;
- DGRV 101/2022 con cui è stato previsto per ciascun anno del triennio 2022-2024, l'assegnazione ad Azienda Zero di un finanziamento massimo complessivo pari a € 10.000.000,00 per la copertura delle eventuali quote aggiuntive annuali, rispetto ai tetti di spesa assegnati agli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali, richieste dall'Azienda ULSS territorialmente competente per superare criticità che dovessero emergere nel rispetto dei tempi di attesa e nel recupero delle prestazioni sospese e in "galleggiamento";
- DGRV 162/2022 con cui è stato disposto di procedere alla rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, di cui alle deliberazioni n. 1329/2020 e n. 1061/2021. L'attuazione del Piano prevede per il suddetto recupero un finanziamento per l'attivazione di prestazioni aggiuntive e un finanziamento per il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati. L'azienda ha provveduto come disposto, approvando il proprio piano con deliberazione del Direttore Generale n. 248/2022.
- DGRV n. 822 del 4 luglio 2023 che ha assegnato per l'anno 2023 alle Aziende Ulss l'importo massimo di

29.182.854,00 euro, in linea con le previsioni della normativa nazionale sopracitata, finalizzato alla riduzione delle criticità delle liste di attesa relative alle prestazioni c.d. traccianti di attività specialistica ambulatoriale

Per quanto concerne l'anno 2023, l'Azienda ha presentato un Piano congiunto con AOUI di Verona, nel quale a fronte di un significativo aumento dell'attività si prevedeva di ridurre le prestazioni in "galleggiamento". Il Piano, attualmente nelle sue fasi finali, per l'ULSS 9 prevede la seguente spesa:

Tabella 7 - Piano operativo aziendale 2023 per la riduzione delle liste d'attesa integrato con AOUI di Verona

MODALITA' ORGANIZZATIVE	Spesa prevista
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	
2A. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DIRIGENZA	€ 141.080,00
2B. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE COMPARTO	€ 59.000,00
3. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	€ 967.200,00
4. COMMITTENZA SAI	
5. ACCORDI INTERAZIENDALI	
6. Accordo con AOUI: PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	
7. Accordo con AOUI: PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DIRIGENZA	€ 568.214,50
8. Accordo con AOUI: PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE COMPARTO	€ 394.738,88
Totale prestazioni prenotate Ulss (inclusi privati) + AOUI	€ 2.130.233,38

Le risorse per la committenza al privato accreditato, sono poi state incrementate, con DDR n. 118 del 19 settembre 2023, di € 249.689,38 e, da ultimo, con DDR n. 145 del 26 ottobre 2023, di ulteriori € 63.345,00.

Il Piano ha permesso di governare nel complesso il fenomeno delle prestazioni in galleggio, ma non di azzerarlo (in tabella le prestazioni che al 16/1/2024 ancora risultavano in galleggio in ULSS 9 ed in AOUI, assieme all'obiettivo fissato per il 2024.

Azienda	Classe	Situazione 16.01.2024	Obiettivo Galleggiamenti
ULSS 9	Classe D (30 giorni)	1.852	1.100
	Classe P (90 giorni)	2.000	2.000
	Prestazioni non traccianti	1731	850
AOUI	Classe D (30 giorni)	1.435	800
	Classe P (90 giorni)	371	370
	Prestazioni non traccianti	95	100

Per il 2024 la Regione ha reso noto che saranno previste risorse nella misura dello 0,4% del Fondo per finanziare prestazioni aggiuntive per recupero liste d'attesa, come da disegno di legge di bilancio statale 2024.

Gli obiettivi relativi al rispetto dei tempi d'attesa riguardano un ventaglio di responsabilità molto ampio, ed è complesso individuare i confini e gli esiti delle singole azioni. Come Unità Operativa Capofila sono state individuate la UOS Specialistica e le UU.OO.CC. DMO, ma al fine di raggiungere l'obiettivo è impossibile non coinvolgere le Unità delle Cure Primarie, che possono influenzare le prescrizioni dei MMG, nonché le strutture che gestiscono i rapporti con i privati accreditati.

3.2.8 Limiti di Costo: Rispetto vincoli di costo per i beni sanitari ed aderenza agli indicatori di appropriatezza prescrittiva

L'azienda Ulss 9 negli ultimi anni ha presentato alcune criticità in merito al puntuale rispetto dei limiti di costo fissati da Azienda Zero.

Per tutti i limiti 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 limiti di costo regionali per i beni sanitari e farmaceutica convenzionata riguardano:

- Farmaci Acquisti Diretti
- Dispositivi Medici (Esclusi IVD)
- Dispositivi Medici in vitro (IVD)
- Farmaceutica convenzionata
- Protesica Pro-Capite
- Integrativa Pro-Capite
- Personale
- DPC Farmaci
- DPC Dispositivi Medici
- DPC IVD

Per il 2024 la Regione non ha ancora definito i limiti di costo, e nessuna indicazione specifica è stata data nelle linee guida per la redazione del BEP, diversamente dall'anno precedente dove erano stati indicati importi "provvisori" per i conti interessati.

In considerazione di quanto chiesto dalla Regione nella nota prot. 609136 del 10/11/2023 in merito all'inderogabilità del limite di costosità massima anno 2024 (€ 2.013.301.952,70 costo di produzione + imposte e tasse BEP aggiornato 2023), e tenendo conto del fatto che non sono previsti incrementi particolari di attività, nel Conto Economico Preventivo sono stati iscritti importi in linea con i limiti di costo stabiliti dalla regione per l'anno 2023, in attesa della definizione di quelli per l'anno 2024.

Tuttavia, si fa presente che il trend di spesa 2023 in alcune situazioni (in particolare per i DM) porterà ad un supero del tetto stabilito in ragione dell'andamento dell'attività in continuo incremento dopo il periodo emergenziale, e che pertanto qualora non ci fosse un adeguamento degli importi per l'anno 2024 da parte della regione, tali limiti costituirebbero un obiettivo sfidante.

Si riportano di seguito i limiti di costo 2023, i valori BEP aggiornato 2023 e del BEP 2024, per i conti distintamente enucleabili dal conto economico, mentre per i valori pro-capite e per la DPC (ricompresa indistintamente nei conti delle Poste R) si riportano i limiti regionali anno 2023 e le stime degli ordinatori di spesa per il 2023 (aggiornata a settembre 2023) e per il 2024.

Tabella 8 - Limiti di Costo 2023 Decreto n.23 del 21 luglio 2023, BEP aggiornato 2023 Del. Dir. Gen. 1122 del 19/09/2023, BEP 2024

	LIMITI DI COSTO 2023	BEP 2023 aggiornato	BEP 2024
FARMACI ACQUISTI DIRETTI	€ 53.129.394 + Farmaci innovativi per € 4.047.809 (totale: € 57.177.203)	€ 60.271.531 inclusivo dei farmaci innovativi	€ 57.177.203
DISPOSITIVI MEDICI (esclusi IVD)	€ 30.601.581	€ 34.183.583	€ 30.601.581
IVD	€ 11.504.297	€ 13.332.422	€ 11.504.297
FARMACEUTICA Convenzionata	€ 90.953.624	€ 95.678.282,52 (inclusivo della remunerazione aggiuntiva alle farmacie territoriali)	€ 90.953.624

Tabella 9 - Limiti di Costo 2023 Decreto n.23 del 21 luglio 2023, Previsione ordinatori di spesa anno 2023 e 2024

	LIMITI DI COSTO 2023	Previsione 2023 a Settembre 2023 (ordinatori di spesa)	Previsione 2024 (ordinatori di spesa)
PROTESICA PRO-CAPITE	€ 9,50	€ 12,40	€ 9,5
INTEGRATIVA PRO-CAPITE	€ 16,50	€ 20,90	€ 16,50
DPC Farmaci	€ 36.402.782	€ 35.770.904	€ 38.200.000
DPC Dispositivi Medici	€ 2.986.740	€ 4.165.000	€ 4.200.000
DPC IVD	€ 1.146.275		

FARMACI ACQUISTI DIRETTI

Per i farmaci acquisti diretti, dal 2022 l'obiettivo è 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:

- perdite di brevetto e acquisti in concorrenza di alcuni principi attivi,
- maggior utilizzo di biosimilari a minor costo,
- maggior utilizzo di bevacizumab intravitale,

sui quali le aziende verranno poi specificamente valutate.

DISPOSITIVI MEDICI e IVD

Per quanto riguarda invece i Dispositivi Medici è necessario considerare che la spesa del 2023 evidenzia già un andamento che molto probabilmente supererà il limite di costo (definito pari alla spesa 2022), principalmente in ragione dell'andamento dell'attività ospedaliera in particolare quella chirurgica (a settembre, +13% rispetto al 2022), che anche nel 2023 ha recuperato ulteriori margini di produttività dopo il periodo emergenziale, con conseguente maggior utilizzo di protesi e presidi chirurgici; inoltre si sta osservando negli ultimi anni un continuo incremento della spesa territoriale, indotta da az. Osp. VR e altri centri prescrittori esterni, per i pazienti con microinfusore che necessitano di materiale accessorio consumabile (nei 9 mesi 2023 +20% di spesa DM rispetto al 2022).

Anche per i materiali diagnostici in vitro (IVD) il tetto 2023 sembrerebbe non essere capiente rispetto all'andamento della spesa, che vede un maggior consumo di dispositivi diagnostici a fronte di un incremento di domanda di prestazioni di Laboratorio (nei 9 mesi 2023, +17% rispetto 2022).

FARMACEUTICA TERRITORIALE

Negli ultimi anni questo obiettivo di spesa si è rivelato di difficile raggiungimento.

Da dicembre 2023 parte il progetto pilota con i MMG del distretto 1 che prevede l'erogazione dei farmaci ai pazienti in ADIMED attraverso la distribuzione domiciliare. Nel corso del 2024 tale modalità dovrebbe entrare a regime in tutto il territorio dell'Aulss 9 con una stima della riduzione di spesa per la convenzionata di circa 600.000 di euro.

MIGLIORAMENTO APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

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 dei Farmaci di Fascia C in distribuzione diretta (flusso ddf3):** il consumo procapite dovrà essere inferiore alla media delle tre ULSS meglio performanti anno 2022.
- **Riduzione consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti:** 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 per il 2023 dovrà dimostrare una riduzione del consumo > 4% o essere inferiore alla media 3 migliori performance 2022

PRO-CAPITE ASSISTENZA PROTESICA E PRO-CAPITE ASSISTENZA INTEGRATIVA

Il raggiungimento dell'obiettivo pro-capite per questi due livelli di assistenza è risultato sempre piuttosto critico. Come si vede dalla tabella l'importo stimato per l'anno 2023 si discosta dal tetto stabilito, con uno sfioramento del 30% per la protesica e del 27% per l'integrativa. Inoltre tale spesa risulta in incremento anche rispetto all'anno precedente (per l'anno 2022 i valore erano rispettivamente € 10,84 per protesica e € 19,40 per integrativa).

Per l'assistenza protesica il motivo dell'incremento è dovuto a: incremento dei prezzi dei presidi protesici ex gara regionale causa aumento costi materie prime, incremento generalizzato delle richieste di dispositivi per la ventilazione, mancato rinnovo della gara che prevedeva la gestione full risk a domicilio degli presidi elettromedicali di proprietà dell'Ulss che ha portato alla sostituzione di questi con prodotti a noleggio.

Per migliorare la performance di questo indicatore si stanno attuando azioni correttive che proseguiranno anche per il 2024, in particolare:

- a) Riorganizzazione e razionalizzazione dei magazzini integrandoli tra loro;

- b) Condivisione di criteri di appropriatezza con gli specialisti, sulla base anche di quanto previsto dal decreto 163/2022 del 02 Dicembre 2022 e DGR 717 Giugno 22/06/ 2023;
- c) Controllo e verifica clinica di tutte le prescrizioni;
- d) Applicazione Legge 729/2018 sull'erogazione dei presidi standard presso i Centri Servizi;
- e) Controllo e verifica della spese dei presidi presenti nell'allegato 5 elenchi 2a - 2b non soggetti alla gara regionale ed autorizzabili alla miglior offerta .

Per l'assistenza integrativa il motivo del maggior costo è legato principalmente ad una maggiore prevalenza di pazienti con celiachia rispetto alla media regionale, ad una maggior utilizzo del Flash Glucose Monitoring rispetto alla media regionale con una induzione di più del 50% di prescrizione da parte di strutture esterne (AOUI, Negrar, Pederzoli), all'aumento del 22% del costo giornaliero degli ausili assorbenti oltre che aumento degli assistiti che utilizzano tali ausili.

Gli obiettivi relativi al rispetto dei tetti, vedono come Unità Operativa Capofila le UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere, l'UOC Servizio Farmaceutico territoriale e l'UOS Protesica (in seno alla UOC DAT), ma ovviamente gli obiettivi di contenimento dei costi sono assegnati a tutte le Unità, in particolare quelle Ospedaliere, che generano costi di rilievo.

3.2.9 Rispetto del livello di costosità programmata regionale

La nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023 ha determinato il limite di costosità massima programmata per il 2024 nei seguenti termini:

la somma dei "costi della produzione" e dell'aggregato "imposte e tasse" non deve superare il valore di 2.013.301.952,70 euro.

La tabella seguente dimostra l'avvenuto sostanziale rispetto di questo limite in sede di Preventivo 2024

Tabella 10 - Rispetto del livello di costosità programmata

	Bilancio Preventivo 2024
Costi della produzione	1.990.578.864,12
Imposte e tasse	22.761.527,75
Totale valore Bep 2024	2.013.340.391,87
Vincolo espresso nella nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023	2.013.301.952,70
Differenza	38.439,17

Lo scostamento rispetto il limite è trascurabile tanto che Azienda Zero con propria email del 15.12.2023, in aderenza alla procedura prevista dalla nota di Azienda Zero protocollo n. 29580 del 20.11.2023, sentita la Direzione regionale competente, ha comunicato il nulla osta alla redazione del BEP 2024 secondo i prospetti economici trasmessi dall'Azienda Ulss 9 Scaligera che riportavano appunto i valori citati nella tabella precedente.

Come è emerso nella lettura della relazione sono stati presi in considerazione varie modalità per le stime dei costi e tra queste è significativamente rilevante segnalare che le previsioni 2024 su specifici aggregati di spesa sono pari ai valori obiettivo fissati da Azienda Zero, sebbene in alcuni casi ancora non aggiornati al 2024 e relativi quindi al 2023.

L'analisi della costosità aziendale è stata oggetto di specifico capitolo della Relazione al Bilancio Preventivo (<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=11660>) pagine 48-50 cui si rimanda per approfondimenti.

Gli obiettivi relativi al rispetto dell'equilibrio economico verranno assegnati, in forme anche molto diverse, a tutte le Unità che generano costi di rilievo, ed in particolare alle Unità Operative centro di liquidazione. Come Unità Operativa Capofila è stata indicata la UOC Contabilità e Bilancio, non perché possa determinare i valori di bilancio tramite proprie scelte, ma perché funge da unità di monitoraggio e capace di segnalare le anomalie e le priorità di intervento.

3.2.10 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.

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 il 2023 la media ponderata degli indicatori doveva superare un parametro storico aziendale, definito in base agli obiettivi del PNRR affidati a Regione Veneto, pari al 49,05%. Per l'anno 2024 l'Azienda garantirà gli standard previsti nel 2023 o gli eventuali standard revisionati, in base ad eventuali richieste ed aggiornamenti regionali.

Gli obiettivi relativi al FSEr vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi, naturalmente coinvolta nella gestione degli aspetti tecnici, ma verranno assegnati a tutte le Unità che devono essere coinvolte per una buona alimentazione del Fascicolo (Unità Ospedaliere) ed un suo corretto utilizzo da parte di MMG/PLS (Unità Territoriali) e dei cittadini (Unità preposte alla comunicazione).

3.2.11 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 e relaziona periodicamente ad Azienda Zero sullo stato di avanzamento delle seguenti attività:

- Integrazione dei software da collegare al SIO e relativa attività di test di funzionamento delle stesse (Projectatton);
- Attività relative alla bonifica delle anagrafiche e integrazione con l'anagrafe centrale regionale "Anagrafe 2.0";
- Garantire la necessaria infrastruttura necessari al funzionamento del SIO, in particolare per quanto riguarda la connettività;
- Effettuare e verificare le necessarie attività di configurazione;
- Estrarre, caricare e verificare i dati transazionali necessari a garantire la continuità dell'attività;
- Formazione dei super utenti e di tutti gli altri operatori all'utilizzo del nuovo software;
- Verifica funzionale e collaudo del SIO.

La relazione prevede per ogni azione le date di inizio/fine.

La programmazione concordata da questa azienda con Azienda Zero prevedeva l'avvio del SIO presso l'ex AULSS 21 il 27 gennaio 2024 e a seguire l'ex AULSS 22 e l'ex AULSS 20, ma le difficoltà tecniche affrontate nell'implementazione del SIO presso l'AOUI di Verona non consentono di mantenere le date fissate.

Dopo il collaudo dell'installazione dell'AOUI di Verona, prevista all'inizio del 2024, verranno ridefinite le date di avvio per l'ULSS 9 mantenendo l'ordine di partenza previsto e precisamente:

1. Legnago e Bovolone;
2. Villafranca, Bussolengo e Malcesine;
3. San Bonifacio e Marzana.

Gli obiettivi relativi al SIO vedono nuovamente come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi, ma tutte le Unità ospedaliere coinvolte dovranno sostenere il processo di introduzione, in primo luogo effettuando la formazione necessarie e modificando le proprie prassi operative. Anche il Controllo di Gestione e l'ufficio qualità saranno chiamati a supportare l'introduzione secondo le proprie competenze.

3.2.12 Rispetto degli standard di sicurezza: Cyber security

La V Commissione Consigliare della Regione del Veneto, tra gli obiettivi di programmazione che ritiene di considerare per la parte di competenza della valutazione del Direttore generale, ha inserito l'obiettivo F2 "Implementazione gestione Cyber security: Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria".

L'azienda ha pertanto predisposto un piano specifico tramite il quale vengono pianificati gli interventi necessari a proteggere i sistemi informatici da intrusioni illecite. La metodologia di gestione della sicurezza "Defense in Depth" implica la definizione e la gestione di livelli che vanno a coprire l'intero sistema informativo aziendale e che hanno al centro il dato informatico. Le tecnologie coinvolte sono numerose (Firewall UTM, segmentazione in VLAN, gestione delle credenziali di accesso IAM, SIEM, WAF, IPAM, SOAR ecc.,ecc.) e vanno a coprire tutti i livelli coinvolti. Ad integrazione della strategia "Defense in Depth", il piano aziendale prevede anche un approccio "Zero-Trust Access". In questo caso la filosofia sottostante considera ogni apparato (anche se di proprietà dell'ente) o utente connesso alla rete come potenzialmente malevolo, senza distinzioni tra perimetro esterno o interno all'azienda.

Il piano che prevede 30 differenti progetti, ed ha un costo di € 5.011.186,67 nel periodo 2022-2025.

L'aumentare e il perdurare degli attacchi informatici ai sistemi sanitari e l'esperienza maturata suggeriscono di estendere le strategie e i metodi fin qui descritti a tutti gli ambiti informatici in collaborazione con gli altri servizi. Gli ospedali si sono sempre più arricchiti di apparati tecnologici che hanno superato i concetti di meri strumenti "elettromedicali" al punto che lo stato dell'arte della tecnologia propone prodotti in architetture ibride on-premise e cloud con tutti i vantaggi e i rischi che ciò comporta. E' necessario che l'azienda adotti le migliori misure di sicurezza per la protezione dei dati al fine di garantire l'operatività di 24 ore su 24 di tutte le attività mediche, sanitarie, tecniche e amministrative che utilizzano sistemi informatici.

Anche gli obiettivi relativi alla cybersecurity vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Sistemi Informativi in quanto responsabile dello sviluppo della strategia e della realizzazione delle infrastrutture. Obiettivi in questo senso saranno assegnati anche alle Unità Operative che presentano i rischi maggiori.

3.2.13 Formazione del Personale: Digitalizzazione

Nella direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 23 marzo u.s., avente oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione al digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", si ribadisce che lo sviluppo delle competenze individuali crea valore non solo per il singolo dipendente, ma anche per l'amministrazione nel suo complesso, che aumenta la sua performance, e per i cittadini e le imprese, grazie al miglioramento della qualità dei servizi erogati.

Il documento specifica che il raggiungimento degli obiettivi formativi da parte dei dipendenti offre anche in termini di "risultati conseguiti e valutazione positiva" elementi rilevabili per le progressioni professionali all'interno della stessa area e fra le aree o qualifiche diverse.

Al fine di dare ai dipendenti l'opportunità di inserirsi in un percorso formativo individuale ma valutabile in termini di risultato, l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha pubblicizzato il percorso "Syllabus delle competenze digitali per la PA", a cui hanno aderito in 1019 dipendenti, di cui il 65,16% ha frequentato o frequenta attivamente i percorsi formativi.

Gli obiettivi relativi alla formazione in tema di digitalizzazione vedono come Unità Operativa Capofila l'UOS formazione, ma un ruolo importante è svolto dall'ufficio Innovazione. Tutte le Unità Amministrative coinvolte nella transizione digitale, dovranno farsi carico di promuovere l'accesso al percorso del Syllabus.

3.2.14 Attuazione del PNRR

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 del 30/12/2022, che individua gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2023, sono assegnati specifici obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Istituti del SSR. Nello specifico, nell'ambito della linea strategica "S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza", sono stati individuati i seguenti obiettivi/indicatori:

- 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.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.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.

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.

Gli obiettivi relativi al PNRR vedono come Unità Operativa Capofila l'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali per la parte Edilizia, l'UOS Ingegneria Clinica e l'UOC Sistemi Informativi per le altre aree.

3.2.15 Correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Come riportato nella specifica sezione del PIAO, viene specificato che saranno perseguite le seguenti linee di intervento:

- OBIETTIVO Regionale E.3.S.2. : Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione – attraverso interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente" pubblicate sul sito istituzionale, promuovendo, al contempo, la tempestività degli adempimenti;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT3: Fornire un supporto giuridico e metodologico agli uffici nella trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato, in particolare sulle decisioni assunte dal responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.

Questi Obiettivi vedono come Unità Operativa Capofila l'UOS Trasparenza Anticorruzione E Servizi Ispettivi, ma sono assegnati secondo la presenza di rischi specifici, a tutte le Unità Operative Amministrative, della Prevenzione e Territoriali che gestiscono processi sensibili sul piano dell'anticorruzione e della trasparenza.

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 2024

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);
- 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 la struttura che può identificare la strategia aziendale per il perseguimento dell'obiettivo, nonchè riferire alla Direzione sull'andamento.

LEGENDA

DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P01C)	Indicatore presente nell'ultima DGR di assegnazione degli obiettivi annuali di Salute e Funzionamento delle Aziende del SSR Veneto
Obiettivi 2023/2024 V Commissione C1	Indicatore presente tra gli Obiettivi assegnati dalla V Commissione Consiliare
DGR 1702/2022 S.1.O.1	Indicatore presente in DGR di anni precedenti ritenuto ancora attuale

** l'UOC Sistemi Informativi è capofila naturale per gli obiettivi delle attività propedeutiche al SIO. A seguito dell'avvicendamento del Dirigente responsabile dell'UOC, il coordinamento di tali attività è rimasto assegnato al Precedente Dirigente (Attualmente responsabile dell'UOC Internal Auditing), come obiettivo di carattere personale.*

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	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 1682/2023 A.2.P.1 (P01C)	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	95,50%	95,70%	≥ 95%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 A.1.P.2 (P02C)	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	95,20%	94,90%	≥95%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza)	44,00%	51,80%	>60%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Pneumococco)	58,64%	54,61%	>55%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Herpes Zoster)	57,31%	53,21%	>50%	DS	UOC SISP
		DGR 1682/2023 Q.4.P.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	54,00%	80,01%	≥80%	DS	UOC SISP
	Obiettivo 1.1.2: Effettuazione delle attività di Screening	DGR 1682/2023 A.1.P.1 (P15C_m)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	61,40%	54,70%	≥ 60%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C2_m)	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P16C)	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	14,77%	22,00%	<25%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P16C_PRE)	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	n.d.	12,90%	<20%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C_u)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	56,10%	48,70%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C_c)	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	49,20%	59,60%	≥ 50%	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P15C2_c)	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
	Obiettivo 1.1.3: Prevenzione infortuni sul lavoro	DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P08Z)	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	n.d.	100,00%	>=95%	DS	Direttore di Dipartimento della Prevenzione
		DGR 1682/2023 Q.2.P.1	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	Soddisfatti criteri adempienza	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UOC SPISAL
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (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.	n.d.	87,50%	100%	DS	UOC Servizio Veterinario di Sanità Animale (Area A)
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (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.	n.d.	100 % (soglia di inaccettabilità 90% per ogni tipologia)	DS	UOC SIAN e UOC Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e dei loro Derivati (Vet B)
	Obiettivo 1.1.5: interventi di Prevenzione dei fattori di rischio per la salute	DGR 1682/2023 Q.3.P.1	Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico	Soddisfatto	1,00	Svolgimento attività secondo programmazione regionale	DS	UOC SISIP

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione A1	Sviluppo del Piano strategico-operativo aziendale DGR n. 766 del 29 giugno 2022 "Approvazione dei documenti attuativi del Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale: integrazione alla D.G.R. n. 187/2022"		Raggiunto	Rispetto programmazione	DSS	UOC SISP
		Obiettivo Aziendale	Implementazione delle Azioni previste dal Piano della Prevenzione Aziendale 2020-2025	n.d.	n.d.	Soddisfazione dei criteri previsti dal Piano di prevenzione Aziendale (PPA)	DS	Direttore di Dipartimento della Prevenzione
		DGR 1682/2023 A.2.P.1 (P14C)	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	37,00%	%	Soglia determinata sulla base delle distribuzioni dei dati	DS	UOSD Servizio di Epidemiologia, Prevenzione MCNT, Screening e Promozione della Salute
Macro-obiettivo 1.2 Assistenza Territoriale	Obiettivo 1.2.1: Attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	DGR 1702/2022 Q.5.D.1	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UOS Specialistica, UU.OO.CC. Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 Q.5.D.1	Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS	UOS Specialistica, UU.OO.CC. Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 S.4.D.1	Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22	DS	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%	n.d.	96,18%	Prosecuzione progettualità	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 Q.13.S.1	Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente		n.d.	>= 10%	DS	UOC Direzione professioni Sanitarie e UU.OO.CC. Distretti
		DGR 1682/2023 S.3.S.7	PNRR: "Telemedicina"		n.d.	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DS/DA	UU.OO.CC. Distretti e DMO
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B5	Stato di avanzamento dei progetti per la realizzazione della Case della Comunità DGR n. 136/2022 PAGR 132 (DGR 4/CR del 1 febbraio 2022)	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	100%	DSS	UU.OO.CC. Distretti e UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Obiettivo 1.2.3: Adeguamento della organizzazione delle strutture intermedie	Obiettivi 2023/2024 V Commissione B1 (a)	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Ospedali di comunità	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Rispetto programmazione regionale	DS/DA	UU.OO.CC. Cure Primarie e UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B1 (b)	Adeguamento aziendale della dotazione assistenziale territoriale (strutture intermedie): Hospice	n.d.	Soddisfatti criteri adempienza	Rispetto programmazione regionale	DS/DA	UOC Cure Palliative UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Obiettivo 1.2.4: Erogazione dell'Assistenza Domiciliare secondo gli standard	DGR 1682/2023 S.3.S.7	% anziani >=65 anni trattati in ADI	6,09%	6,70%	>10%	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_1)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	3,2	3,51	≥ 4	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_2)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	2,3	2,59	≥ 2,5	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D22Z_3)	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	2,5	2,94	≥ 2	DS	UU.OO.CC. Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.2.5: Erogazione delle Cure Palliative secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D30Z)	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	50,79%	51,45%	≥ 55%	DS	UOC Cure Palliative ed UU.OO.CC. Cure Primarie
		DGR 1682/2023 A.1.D.2(B4.1.1A_RV)	B4.1.1A_RV - Consumo di oppioidi sul territorio >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	3,27 e -0,1%	3,58	>4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)	DS	UOC Farmaceutica Territoriale, UU.OO.CC Cure Primarie e UOC Cure Palliative
		DGR 1682/2023 Q.5.D.3 (B4.1.1A_RV)	Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DS	UOC Cure Palliative
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (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	223,13	211,88	≤ 343	DS	UU.OO.CC Cure Primarie e UU.OO.CC. Distretti
	Obiettivo 1.2.6: Prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D04C)	D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	37,50	44,27	≤ 109	DS	UU.OO.CC. IAF e UU.OO.CC. Distretti
Macro-obiettivo 1.3 Assistenza Ospedaliera	Obiettivo 1.3.1: Erogazione dell'Attività di Urgenza Emergenza secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D09Z)	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	17	17	≤ 18 minuti	DS	UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera
		DGR 1682/2023 Q.5.D.2 (Q.5.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)	n.d.	95,26	≤ 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente	DS	DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.3.2: Erogazione dell'attività di Ricovero secondo gli standard	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H05Z)	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	90,05%	91,02%	>= 90%	DS	DMO e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (prostata)	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.1.O.2 (H13C)	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	63,54%	74,01%	>= 80%	DS	DMO e UU.OO.CC. Ortopedia
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H18C)	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	16,60%	19,40%	<= 20%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H17C)	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	19,17%	17,91%	<= 15%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1682/2023 Q.8.O.1	% di parti con almeno un evento avverso	n.d.	0,00%	<=4%	DS	Dipartimento Materno-Infantile
		DGR 1702/2022 A.2.O.1	C2A.M Indice di performance degenza media- drg medici	0,520	0,71	Mantenimento	DS	DMO e Dipartimenti Internistici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H04Z)	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	14,00%	17,00%	<= 15%	DS	DMO e UOC Nucleo Aziendale di Controllo
		DGR 1682/2023 E.4.S.2 (no)	Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS/DA	DMO e UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivo Aziendale	Adozione strumenti di valutazione dei pazienti a rischio dimissione difficile	n.d.	n.d.	Compilazione della scala di Brass per tutti i pazienti >65 anni attraverso sistema informatizzato (sistema Advenias) >70%	DS/DA	UOC Direzione professioni Sanitarie
	Obiettivo 1.3.3: Rispetto degli standard delle reti tempo dipendenti	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (no)	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOC Neurologia Legnago
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D01C)	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DIPARTIMENTO INTRAZIENDALE STRUTTURALE EMERGENZA URGENZA
		DGR 1682/2023 A.2.O.1(donat1)	Segnalazione potenziali donatori di organo	n.d.	n.d.	presidi senza neurochirurgia > 0,6	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (donat2)	Candidati trapianto rene da donatore vivente	n.d.	n.d.	>= 5 coppie valutate	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (donat3)	Percentuale di opposizione alla donazione di cornee	n.d.	n.d.	<37,5%. E' consentito un valore superiore fino al +5% della soglia purché si registri un trend in diminuzione rispetto all'anno precedente	DS	DMO
		DGR 1682/2023 A.2.D.1 (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	n.d.	17,31	<18	DS	Dipartimento Funzionale di Cardiologia

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H08Za)	H08Za_sub1 - Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, FG)- sub indicatore di appropriatezza: "N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione (discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiochirurgia)"	n.d.	Soddisfatto	>=15%	DS	UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e UOC Medicina Trasfusionale
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H08Zb)	H08Zb_sub1 - Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)- sub indicatore di appropriatezza "Predisposizione report emoderivati semestrale secondo il format definito"	n.d.	Soddisfatto	Invio semestrale report entro 31/07/2023 e 31/01/2024	DS	UOC Medicina Trasfusionale e UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione B6	Procreazione medicalmente assistita - Miglioramento dell'indicatore DGR n. 614/2019	n.d.	Soddisfatto	cicli iniziati con tutte le tecniche di I, II e III livello per 1 milione di abitanti	DS	Dipartimento Materno-Infantile
	Obiettivo 1.3.6: Crescita della qualità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici area Tumori	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H02Z)	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	61,08%	76,21%	> 90%	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.1.O.1 (H03Z)	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	n.d.	6,92%	<= 8% punteggio pieno; 8% < Indicatore<= 12% punteggio parziale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA06.2_BIS)	PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)	53,85	34,54	>= 50 o in miglioramento rispetto all'anno precedente	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA07)	PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	92,62	89,47	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (PDTA09)	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	94,59	91,3	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
		DGR 1682/2023 A.2.O.1 (C10.3.1)	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	Obiettivi 2023/2024 V Commissione D1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo DGR 162 del 22/02/2022 Rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa	Attuazione Piano	Attuazione Piano	Raggiungimento degli Obiettivi del Piano	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.1	% prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	>90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.2	% prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	Almeno 60% dei codici prestazione con rispetto > 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.3	% prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	n.d.	n.d.	Almeno 85% dei codici prestazione con rispetto > 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.4	Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento	n.d.	1.852	1.100	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.5	Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento	n.d.	2.000	2.000	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.6	Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento	n.d.	1.731	850	DS	UOS Specialistica e DMO

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa		DGR 1682/2023 S.1.D.7	Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico	n.d.	n.d.	Indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	UOS Specialistica e DMO
	Obiettivo 1.5.1: Mantenimento entro standard dei tempi d'attesa prestazioni ambulatoriali	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D10Z)	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	93,78%	89,88%	>= 90%	DS	UOS Specialistica e DMO
		DGR 1682/2023 S.1.D.8	Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo	n.d.	accordo sottoscritto	Si (come da vademecum)	DS	UOS Specialistica e DMO
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 958/2021 O.B.1.2	Ripristino dei volumi prestazionali del 2019	92%	n.d.	100% per le prestazioni Traccianti	DS	Tutte le UOC Ospedaliere
Macro-obiettivo 1.5 Tempi di Attesa	Obiettivo 1.5.2: Rispetto dei tempi d'attesa attività chirurgica	DGR 1702/2022 S.1.O.1	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità	Performance aziendale di miglioramento temo mendio e percentuale ricoveri nei tempi pari a 6 su 100	58,80%	Mantenimento	DS	DMO, UOSD integrazione Percorsi Ospedalieri e Dipartimenti Chirurgici
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	Ripianificazione e rispetto dei Piani	Attività effettuata	Ripianificazione e rispetto dei Piani	DSS	UOC Sociale
	Obiettivo 1.6.1: Attività Sociale	DGR 1682/2023 Q.6.T.1	Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DSS	UOC Sociale
	Obiettivo 1.6.2: Erogazione di attività Sociosanitaria Area della Salute mentale	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D27C)	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	5,71	6,08	<= 5%	DSS	UU.OO. Dipartimento Salute mentale

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 1.6.3: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Anziani	DGR 1682/2023 A.2.D.1 (D33Za)	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	55,49	53,71	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DSS	UU.OO.CC: Non Autosufficienza e UOC DAT
		DGR 1702/2022 Q.06.T.2	Attuazione Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer	Delibera adottata	Soddisfatti criteri adempienza	Prosecuzione progettualità	DS	UU.OO. Neurologie
	Obiettivo 1.6.4: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Disabili	DGR 1682/2023 Q.9.S.1	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	0,04%	32,00%	< 10%	DSS	UU.OO.CC. Non Autosufficienza
	Obiettivo 1.6.6: Erogazione di attività Sociosanitaria Area Tossicodipendenti	DGR 1702/2023 Q.06.T.6	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	n.d.	100,00%	Prosecuzione progettualità	DSS	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	Sì	n.d.	Effettuazione degli adempimenti previsti	DS/DSS/D A	UOS URP Comunicazione e Marketing
	Obiettivo 1.7.3: Misurazione della qualità percepita dagli utenti	DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di rilevazione esperienza del paziente	n.d.	n.d.	Indicazioni Gruppo coordinamento o qualità (Dgr 49/22)	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing
		DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Rispetto delle attività definite nell'ambito dei progetti regionali di sanità partecipata	n.d.	n.d.	Indicazioni Cabina di regia "Sanità partecipata" (Dgr 1227/23)	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero DGR 49 del 25/01/22 Avvio del "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" E ISTITUZIONE DEL Gruppo di Coordinamento regionale L.R. n. 48/2018	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOS URP Comunicazione e Marketing
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 1682/2023 Q.1.P.1	Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale	n.d.	n.d.	punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale	DS	UOS Osservatorio Infettivologico e UOS Risk Mangement
Macro-obiettivo 1.8 Gestione del Rischio Clinico	Obiettivo 1.8.1: Gestione del Rischio Clinico	DGR 1682/2023 A.2.O.1 (H16S)	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	n.d.	n.d.	mantenimento o rispetto soglia nazionale	DS	UOS Osservatorio Infettivologico e UOS Risk Mangement
Area strategica 2: Sostenibilità Economica e Finanziaria								
Macro-obiettivo 2.1 Equilibrio Economico	Obiettivo 2.1.1: Mantenimento dell'equilibrio di Bilancio	DGR 1682/2023 E.S.PRE_1	Rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato	Soddisfatto	n.d.	Vincolo espresso nella nota regionale prot. n. 609136 del 10 novembre 2023 € 2.013.301.952,70	DA/DS/DS S	UOC Contabilità e Bilancio
	Obiettivo 2.1.2: Mantenimento dei costi entro l'obiettivo	DGR 1682/2023 E.2.S.1	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	Rispettato al 3 CECT	2,82%	Rispetto dell'equilibrio economico programmato	DA/DS/DS S	UOC Contabilità e Bilancio e tutte le UU.OO. Aziendali

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	prefissato	DGR 1682/2023 Q.7.O.1	Mantenimento dell'attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DS	DMO e tutte le UU.OO. Ospedaliere
Macro-obiettivo 2.2 Rispetto dei Limiti di Costo	Obiettivo 2.2.1: Rispetto dei vincoli economici in materia di personale	DGR 1682/2023 E.3.S.3	Rispetto dei limiti di costo del personale	Sospeso	€ 313.544.116,49	≤ € 316.394.155,61	DA	UOC Risorse Umane e UOC Direzione Professioni Sanitarie
		DGR 1682/2023 E.3.S.3	Valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA	UOC Risorse Umane
		DGR 1682/2023 S.5.S.1	Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore	n.d.	n.d.	100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione	DA	UOC Risorse Umane
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione E3	Rispetto delle disposizione per l'anno 2023 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna Normativa di riferimento: DGR n. 1718 del 30 dicembre 2022, D.G.R. n. 132/CR del 31 dicembre 2022	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DSS	UOC Risorse Umane ED UOS Convezioni
		DGR 1682/2023 E.1.S.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti	€ 53.182.494	€ 60.271.531 inclusivo dei farmaci innovativi	≤ €53.129.394 (+€ 4.047.809 innovativi) (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi
	Obiettivo 2.2.2: Rispetto dei limiti di costo regionali sui beni sanitari	DGR 1682/2023 E.1.S.1	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci	€ 33.618.847	€ 35.770.904	≤ € 36.402.782 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UOC Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici	€ 30.316.985	€ 34.183.583	≤ € 30.601.581 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto del limite di Costo IVD	€ 8.572.078 (esclusi beni ricevuti da Azienda Zero per Covid)	€ 13.332.422	≤ €11.504.297 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici	€ 2.758.795	3.055.353,00 €	≤ € 2.986.740 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	UU.OO.CC. Farmacie Ospedaliere e Tutte le UO con consumi
		DGR 1682/2023 E.1.S.2	Rispetto dei limiti di costo per DPC IVD	€ 1.087.027,32	1.078.858,00 €	≤ € 1.146.275 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS/DA	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 1682/2023 E.1.S.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata	€ 92.845.587	€ 95.678.282,52 (inclusivo della remunerazione aggiuntiva alle farmacie territoriali)	≤ € 90.953.624 (soglia 2023 in fase di aggiornamento)	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie
		DGR 1682/2023 E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Integrativa	19,40 €	8,46 €	≤ € 9,60	DS	UOC Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 E.1.S.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica	10,84 €	20,17 €	≤ € 16,50	DS	UOS Protesica
		DGR 1682/2023 A.1.D.1 (D14C_RV)	D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti	10,02	consumo: € 12,2 per 1000 ab ; + 6,3% rispetto 2022	Riduzione del consumo > 4% o inferiore alla media 3 migliori performance 2022	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
		DGR 1682/2023 Q.10.S.1 (D14C_RV)	% di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi	n.d.	n.d.	≤ 52,2% o in miglioramento	DS	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale e UO Cure Primarie

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
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	-15,69	-25,61	<-20	DA	Tutte UO con Centro Liquidatore
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.1	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	1,00%	0,59%	0%	DA	Tutte UO con Centro Liquidatore
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 1682/2023 S.3.S.5	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione"	0,00%	54,00%	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	DS/DA	UOC 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 informatici	DGR 1682/2023 Q.9.S.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	2 indicatori critici su 58	7 indicatori critici su 58 a nov 2023	100%	DA/DS/DS S	UOC Controllo di Gestione
		DGR 1682/2023 Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR"	n.d.	n.d.	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	DA/DS/DS S	UU.OO.CC. Del Dipartimento di Riabilitazione, UOC Controllo di Gestione e UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		DGR 1682/2023 Q.5.D.4	Messa a regime del flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF"	n.d.	n.d.	trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record	DA/DS/DS S	UU.OO.CC. Infanzia Adolescenza Famiglia, UOC Controllo di Gestione e UOC Sistemi Informativi
	Obiettivo 3.2.2: Integrazione dei sistemi informativi (SIO - Sistema Informativo Ospedaliero)	DGR 1682/2023 S.3.S.6	Avvio del SIO (Sistema Informativo Ospedaliero)	Scadenze rispettate	0,00%	Avvio SIO secondo la programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi*
		Obiettivi 2023/2024 V Commissione F3	Relazione su implementazione Sistema Informativo Ospedaliero	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi*
Macro-obiettivo 3.3 Attuazione Piano per la Transizione Digitale	Obiettivo 3.3.1: Realizzazione progetti di digitalizzazione	Obiettivo Aziendale	Passaggio a HYBRID CLOUD per tutte le piattaforme WEB del sito istituzionale - applicativi web specifico fornitore	n.v.	n.d.	Secondo scadenza PNRR	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
		Obiettivo Aziendale	Potenziamento dei servizi on-line da parte dei cittadini	n.v.	n.d.	Secondo obiettivi operativi	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
		Obiettivo Aziendale	Presentazione istanze tramite interfaccia online ed automatica protocollazione ed assegnazione	n.v.	n.d.	Vedi specifica sezione PIAO	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
Macro-obiettivo 3.4 Cyber Security	Obiettivo 3.4.1: Rispetto degli standard di sicurezza	Obiettivi 2023/2024 V Commissione F2	Implementazione gestione Cyber security. Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria	n.v.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi
Area strategica 4: Organizzazione Aziendale								

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Semplificazione e revisione delle procedure e dei processi	DGR 1682/2023 E.3.S.1	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%	n.d.	Soddisfare nei tempi previsti e in modo adeguato le richieste provenienti dal SVSS.	DA/DS/DS S	UOC Affari Generali
		DGR 1682/2023 Q.12.O.1	Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOC DAT
Macro-obiettivo 4.1 Sviluppo dei sottosistemi aziendali	Obiettivo 4.1.1: Semplificazione e revisione delle procedure e dei processi	Obiettivi 2023/2024 V Commissione C1	Tempestività nel dare risposta alle richieste di documentazione inoltrate dalla competente Commissione consiliare	Si	Raggiunto	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Affari Generali
	Obiettivo 4.1.3: Sviluppo Prenotazioni On-line	DGR 709/2022 E.5.S.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto	n.d.	0,59%	Aumento	DA/DS/DS S	UOS Specialistica e UOC Sistemi Informativi
	Obiettivo 4.1.4: Sviluppo di competenze interne di Project management, Operations management e Lean management	DGR 1682/2023 E.4.S.1	Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie	Raggiunto	n.d.	indicazioni del Gruppo di lavoro	DS	UOSD Integrazione percorsi ospedalieri
Macro-obiettivo 4.2 Organizzazione del Lavoro	Obiettivo 4.2.3: Miglioramento del Benessere organizzativo	DGR 1682/2023 Q.11.S.1	Azioni per il miglioramento del Clima Interno	Effettuata indagine	0,00%	Indicazioni Gruppo coordinamento qualità (Dgr 49/22)	DA/DS/DS S	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	n.d.	100,00%	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	UOS Formazione

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.2.5: Formalizzazione Job Description e sviluppo Competenze	Obiettivo Aziendale	Adozione delle Job Description e Bilanciamento delle competenze	n.d.	n.d.	Bilanciamento individuale delle competenze ed attivazione del percorso formativo specifico per la riduzione del gap formativo	DS/DA	UOC Direzione professioni Sanitarie
Macro-obiettivo 4.3 Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici	Obiettivo 4.3.2: Attuazione del PNRR	Obiettivi 2023/2024 V Commissione E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	n.d.	n.d.	Rispetto programmazione regionale	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.3	PNRR: "Grandi apparecchiature"	n.d.	,00	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOS Ingegneria Clinica
		DGR 1682/2023 S.3.S.1	PNRR: "Case della comunità"	Presentazione progetti definitivi	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.2	PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali"	n.d.	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.1	PNRR: "Ospedali di comunità"	Presentazione dei progetti definitivi	0%	Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22	DA/DS/DS S	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		DGR 1682/2023 S.3.S.6	PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"	n.d.	n.d.	Si (come da vademecum)	DA/DS/DS S	UOC Sistemi Informativi

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
	Obiettivo 4.3.3: Gestione Investimenti	DGR 1682/2023 S.2.O.1	Realizzazione del NUOVO OSPEDALE di LEGNAGO	n.d.	100,00%	Rispetto delle milestone previste	DA/DS/DS S	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	RPCT1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa	n.d.	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
		Disposizioni nazionali Anticorruzione	RPCT4: Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi tenuto conto anche della mappatura dei processi finalizzata alla ridefinizione del metodo di valutazione del rischio corruttivo.	n.d.	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
	Obiettivo 4.4.2: Trasparenza - Adeguamento obblighi previsti	DGR 1682/2023 E.3.S.2	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Soddisfatti adempienti	Soddisfatti adempienti	Soddisfazione Adempimenti	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione
		Obiettivo Aziendale	RPCT2: Favorire maggiori standard di trasparenza - in termini di accessibilità, fruibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione	Soddisfatti adempienti	Soddisfatti adempienti	Interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrative trasparenti"	DA/DS/DS S	Ufficio Trasparenza ed Anticorruzione

Macro-Obiettivo	Obiettivo	Fonte	Indicatore	2022	Stima 2023	Obiettivi 2024	Direzione di riferimento	Unità Operativa "Capofila"
		Obiettivo Aziendale	Aziendale RPCT3: Corretta trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato	Soddisfatti adempimenti	Soddisfatti adempimenti	Trasparenza sulle istanze di riesame, con particolare riferimento alle eccezioni di cui all'art.5-bis del d.lgs. 33/2013 e successive modificazioni	DA/DS/DS S	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	Attività effettuata	Attività effettuata	Prosecuzione progettualità	DA	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) 2024-2026



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 3 "Rischi connessi al contesto esterno"

Soggetto	Tipologia di relazione		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali; culturali; criminologiche; sociali ed economiche)	Impatto	Probabilità	Rischio
	INPUT	OUTPUT				
Cittadini che si presentano all'URP (qualificazione)	Ricezione di segnalazioni	Attività di vigilanza Esito dei procedimenti aperti a seguito della segnalazione Sanzioni interne	Territoriali, Culturali, Criminologiche, Sociali ed economiche	B	B	B
Sindaci / assessori comuni afferenti ULSS 9	Ricezione di segnalazioni Ricezione di documentazione Ricezione di richieste di pareri	Emissione di pareri Emissione atti programmatori Audizioni	Criminologiche Sociali ed economiche	B	B	B
Regione	Ricezione di segnalazioni Ricezione di documentazione	Emissione atti programmatori Audizioni	Sociali ed economiche	B	B	B
Azienda Zero	Ricezione di segnalazioni Ricezione di documentazione	Emissione atti programmatori Audizioni	Sociali ed economiche	B	B	B
Osservatori Regionali / Nazionali	Ricezione dati	Trasmissione dati	Territoriali			Inesistenti
Organizzazioni sindacali dei lavoratori	Ricezione di segnalazioni Ricezione di richieste	Emissione atti e accordi contrattuali Audizioni	Criminologiche Sociali ed economiche	B	B	B
Associazioni degli Ordini Professionali	Ricezione di segnalazioni Ricezione di documentazione	Emissione atti e accordi Audizioni	Culturali, Criminologiche, Sociali ed economiche	B	B	B
Ordini Professionali	Ricezione di segnalazioni Ricezione di documentazione Ricezione dati	Emissione atti e accordi Audizioni	Culturali, Criminologiche, Sociali ed economiche	M	M	M
Operatori economici	Ricezione dati Ricezione documenti Ricezioni di segnalazioni Ricezioni di richieste chiarimenti	Attività di vigilanza Audizioni Sanzioni interne	Criminologiche Sociali ed economiche	A	M	A

Soggetto	Tipologia di relazione		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali; culturali; criminologiche; sociali ed economiche)	Impatto	Probabilità	Rischio
	INPUT	OUTPUT				
Imprese esecutrici di lavori pubblici	Ricezione dati Ricezione documenti Ricezioni di segnalazioni Ricezioni di richieste Chiarimenti	Cooperazione esecutiva Attività di vigilanza Audizioni Sanzioni interne	Criminologiche Sociali ed economiche	A	A	A
Contraenti	Ricezione dati Ricezione documenti Ricezioni di segnalazioni Ricezioni di richieste Chiarimenti	Cooperazione esecutiva Attività di vigilanza Audizioni Sanzioni interne	Criminologiche Sociali ed economiche	A	A	A
Strutture Residenziali e semiresidenziali	Ricezione dati Ricezione documenti Ricezioni di segnalazioni Ricezioni di richieste Chiarimenti	Cooperazione esecutiva Attività di vigilanza Audizioni Sanzioni interne	Territoriali, Sociali ed economiche, Criminologiche	A	A	A

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO) 2024-2026



Azienda ULSS 9 Scaligera

Allegato 4 "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 fondamenta 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.

AULSS 9 SCALIGERA - PIAO 2024 - 2026 - ALLEGATO 5) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Disposizioni generali	PIAO - Sottosezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	PIAO - Sottosezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza	PIAO - Sottosezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	LINK A NORMATTIVA ENTRO 30 GG. DALLA CONOSCENZA	AFFARI GENERALI
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE	RPCT
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE		
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN		
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016		
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 185 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 186 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali		Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DELSSN	
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Articolazione degli uffici		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	
Telefono e posta elettronica		Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	AFFARI GENERALI

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 188 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DAL CONFERIMENTO DELL'INCARICO (E COMUNQUE PRIMA DEL PAGAMENTO)	RESPONSABILI UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
				Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		ENTRO 30 GG. DALL'INVIO A FUNZIONE PUBBLICA
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	ENTRO 30GG. DA CONFERIMENTO INCARICO (E COMUNQUE PRIMA DEL PAGAMENTO)	I SERVIZI CHE AFFIDANO INCARICO
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:		ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO PRIMO SEMESTRE DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO PRIMO SEMESTRE DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NON OLTRE 30 MARZO DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	
						Per ciascun titolare di incarico:	

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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO PRIMO SEMESTRE DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO PRIMO SEMESTRE DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		
				2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982					

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 191 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	NON APPLICABILE (DELIB. ANAC 149/2014)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	NON OLTRE 30 MARZO DELL'ANNO SUCCESSIVO ALLA RILEVAZIONE	
	Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN		
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale			
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Nessuno	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Nessuno	
Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici				Nessuno	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Nessuno	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Nessuno			

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 192 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		RPCT
	Incarico di funzione / Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Incarico di Funzione / Posizioni organizzative	Curricula dei titolari dell'incarico di funzione / posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO DI NOMINA	GESTIONE RISORSE UMANE
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 LUGLIO	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 LUGLIO	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 LUGLIO	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA SCADENZA DEL TRIMESTRE (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA SCADENZA DEL TRIMESTRE (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)	GESTIONE RISORSE UMANE
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA PROVVEDIMENTO DI AUTORIZZAZIONE	GESTIONE RISORSE UMANE
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALL'EFFICACIA DELL'ATTO	GESTIONE RISORSE UMANE

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL COLLEGIO SINDACALE	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)		
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA NOMINA	GESTIONE RISORSE UMANE
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	5 GG. PER PUBBLICAZIONE BANDO, 30 GG. PER PUBBLICAZIONE CRITERI E TRACCE A DECORRERE DALLA CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO CONCORSUALE	GESTIONE RISORSE UMANE
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA TRASMISSIONE DA PARTE DELL'OIV	CONTROLLO DI GESTIONE
	PIAO - Sottosezione della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	PIAO - Sottosezione della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL COLLEGIO SINDACALE DEL CONTO ANNUALE	GESTIONE RISORSE UMANE
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Performance	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO	GESTIONE RISORSE UMANE
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL COLLEGIO SINDACALE DEL CONTO ANNUALE	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016		
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GIUGNO DI OGNI ANNO FATTI SALVI DIVERSI OBBLIGHI DI LEGGE	CONTABILITA' E BILANCIO
				Per ciascuno degli enti:			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		

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

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GIUGNO DI OGNI ANNO FATTI SALVI DIVERSI OBBLIGHI DI LEGGE	CONTABILITA' E BILANCIO
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 22, c. 1. lett. d- bis, d.lgs. n. 33/2013			Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA CONOSCENZA/COMUNICAZIONE E DELL'ATTO	CONTABILITA' E BILANCIO
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GIUGNO DI OGNI ANNO FATTI SALVI DIVERSI OBBLIGHI DI LEGGE	CONTABILITA' E BILANCIO
				Per ciascuno degli enti:			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica		
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	TUTTI I SERVIZI RESPOSNSABILI DI PROCEDIMENTI
				1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
				Per i procedimenti ad istanza di parte:			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EVENTUALI VARIAZIONI	URP COMUNICAZIONE E MARKETING
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ALL'ATTO DELLA PUBBLICAZIONE	TUTTI I SERVIZI CHE PROPONGONO DELIBERE
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ALL'ATTO DELLA PUBBLICAZIONE	TUTTI I SERVIZI CHE ADOTTANO DETERMINE
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALL'ADISPONIBILITA' DEL DATO /INFORMAZIONE	RESPONSABILI UNITA' OPERATIVE CHE EMETTONO BANDI DI GARA E CONTRATTI
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	ENTRO 31 GENNAIO	RPCT
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO	
		Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELLA DELIBERA A CONTRARRE O EQUIVALENTE	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO O BANDO	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) SETTORI ORDINARI-SOPRASOGGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	
		Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DEL PROVVEDIMENTO	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	RESPONSABILI UNITA' OPERATIVE CHE EMETTONO BANDI DI GARA E CONTRATTI
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DELL'AVVISO	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbalì delle commissioni di gara	Verbalì delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali.	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	

Denominazione sotto- sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
	Enti aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	
		D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	
		Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economoi nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DALLA DATA EMISSIONE DOCUMENTO	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo	Tempestivo	ENTRO 30 GG.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	ENTRO 30 GG.	

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	<p>Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <u>in quanto compatibili</u>, ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre:</p> <p>Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi)</p> <p>Nuovo invito a presentare offerte a seguito della</p>	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	<p>Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)</p>	Tempestivo	
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti in house	<p>Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)</p>	Tempestivo	

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 204 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
			Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	<u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	
			Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA CONOSCENZA	RESPONSABILI DI TUTTE LE UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA EMANAZIONE PROVVEDIMENTO E COMUNQUE PRIMA DEL PAGAMENTO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA
				Per ciascun atto:			
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		
			(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del				

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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati	
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	d.lgs. n. 33/2013)	6) <i>link</i> al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato		Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DEL PROVVEDIMENTO	CONTABILITA' E BILANCIO	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DEL PROVVEDIMENTO		
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA SCADENZA DEL TRIMESTRE (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA SCADENZA DEL TRIMESTRE (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	ANNUALE E IN RELAZIONE A DELIBERE ANAC	RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO	CONTROLLO DI GESTIONE
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA TRASMISSIONE DA PARTE DELL'OIV	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE PROVVEDIMENTO	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA FORMALIZZAZIONE RELAZIONE	CONTABILITA' E BILANCIO
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA COMUNCAZIONE/CONOSCENZA RILIEVI	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE CARTA DEI SERVIZI	URP COMUNICAZIONE E MARKETING
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA NOTIZIA DEL RICORSO	AFFARI GENERALI
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA NOTIFICA SENTENZA	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE MISURE IN OTTEMPERANZA ALLA SENTENZA	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	CONTROLLO DI GESTIONE
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ESTRAZIONI MENSILI DA PUBBLICARE ENTRO 30 GG. DAL MESE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA FORMALIZZAZIONE DELLA RILEVAZIONE	URP

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

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale	ENTRO IL MESE SUCCESSIVO AL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)	CONTABILITA' E BILANCIO
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale		
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO IL MESE SUCCESSIVO AL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO (ENTRO APRILE - LUGLIO - OTTOBRE - GENNAIO)	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA MODIFICA	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 30 GG. DALLA DATA DEL PROVVEDIMENTO	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	IN RELAZIONE AI TERMINI INDICATI DA ANAC	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 208 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELEL AZIENDE DEL SSN	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	ENTRO 31 GENNAIO	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	ADEMPIMENTO NON RIENTRANTE NELL'AMBITO SOGGETTIVO DI COMPETENZA DELLE AZIENDE DEL SSN	UNITA' OPERATIVE INTERESSATE
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	PIAO - Sottosezione della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	ENTRO 30GG. DALL'ADOZIONE	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DAL PROVVEDIMENTO DI NOMINA	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA ADOZIONE	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	ENTRO TERMINI INDICATI DA ANC	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA CONOSCENZA / COMUNICAZIONE ANAC ED ENTRO 30 GG DA ADOZIONE ATTI DI ADEGUAMENTO	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA ATTO DI ACCERTAMENTO	
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DAL PROVVEDIMENTO DI NOMINA	AFFARI GENERALI
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	ENTRO 31/03/2018 E POI ENTRO 30 GG. DA MODIFICA	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	ENTRO LUGLIO/GENNAIO PER SEMESTRI PRECEDENTI	
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	ENTRO 30 GG. DA PROVVEDIMENTO DI ADOZIONE / MODIFICA	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	ENTRO 31 GENNAIO	

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 210 di 221

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Azioni	Responsabile inserimento e pubblicazione dei dati
Altri contenuti	dei dati, metadati e banche dati	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	ENTRO 31 MARZO	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIALE
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		TUTTE LE UNITA' OPERATIVE INTERESSATE

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Aggiornamento 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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	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	-	-	
				€ 313.544.116,49	-	€ 2.213.438,97	-	-	€ 11.054.628,00	€ 4.220.957,83				-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	755,76	140,36	€ 88.029.581,30	€ -	€ 2.111.685,00	€ 1.270.152,00	€ -	€ 9.282.213,92	€ 2.934.796,28	€ 380.400,00	€ -	€ 3.315.196,28	€ 135.690,00	€ -	€ 1.922.274,40
	Dirigenza veterinaria	S	88,73	15,79	€ 8.992.341,96	€ -	€ 63.978,30	€ -	€ -	€ 165.527,08	€ 491.949,99	€ -	€ -	€ 491.949,99	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	118,96	44,24	€ 10.385.879,89	€ -	€ 37.775,67	€ -	€ -	€ 850.000,00	€ 102.949,00	€ -	€ -	€ 102.949,00	€ 1.274.081,39	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,38	0,00	€ 3.121.499,94	€ 243.214,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		989,83	200,39	€ 110.529.303,09	€ 243.214,80	€ 2.213.438,97	€ 1.270.152,00	€ -	€ 10.297.741,00	€ 3.529.695,27	€ 380.400,00	€ -	€ 3.910.095,27	€ 1.409.771,39	€ -	€ 1.922.274,40
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.423,43	10,23	€ 111.879.232,49	€ -	€ -	€ 48.113,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 513.490,40
	Personale tecnico sanitario	S	255,71	0,00	€ 11.261.107,75	€ -	€ -	€ 87.113,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	342,81	2,40	€ 12.523.651,69	€ 1.624.036,78	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.000,00	€ -	€ -	€ 21.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	141,50	0,00	€ 6.277.930,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	984,50	17,80	€ 31.617.241,89	€ 2.538.076,70	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 654.658,20
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	281,06	4,92	€ 8.610.365,14	€ 3.471.129,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 398.500,00
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	559,71	46,07	€ 20.845.283,74	€ 490.266,09	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.000,00	€ 33.912,91	€ 1.571.648,67
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.988,72	81,42	€ 203.014.812,91	€ 8.123.508,97	€ -	€ 135.227,42	€ -	€ -	€ 21.000,00	€ -	€ -	€ 21.000,00	€ 47.667,27	€ 33.912,91	€ 3.138.297,27
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		5.978,55	281,81	€ 313.544.116,00	€ 8.366.723,77	€ 2.213.438,97	€ 1.405.379,42	€ -	€ 10.297.741,00	€ 3.550.695,27	€ 380.400,00	€ -	€ 3.931.095,27	€ 1.457.438,66	€ 33.912,91	€ 5.060.571,67	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - 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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	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	-	-	
				€ 316.394.155,61	-	€ 2.069.776,54	-	-	€ 11.755.725,80	€ 4.220.957,83				-	-	-	
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	819,98	200,09	€ 89.410.178,81		€ 1.991.248,54	€ 1.129.072,00	€ -	€ 10.087.707,92	€ 3.537.207,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.100.557,83	€ 40.000,00	€ -	€ 4.382.400,00
	Dirigenza veterinaria	S	88,08	17,00	€ 9.483.996,74		€ 49.924,80	€ -	€ -	€ 165.527,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 559.897,90	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	125,29	53,54	€ 10.675.214,32		€ 28.603,20	€ -	€ -	€ 850.000,00	€ 78.400,00	€ -	€ -	€ 78.400,00	€ 1.421.884,02	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,91	0,00	€ 3.016.122,66	€ 251.421,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.060,26	270,63	€ 112.585.512,53	€ 251.421,86	€ 2.069.776,54	€ 1.129.072,00	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.615.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.178.957,83	€ 2.021.781,92	€ -	€ 4.382.400,00
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.434,41	10,23	€ 111.950.732,67	€ -	€ -	€ 125.247,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 513.490,40
	Personale tecnico sanitario	S	260,64	2,00	€ 11.459.532,31	€ -	€ -	€ 83.498,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 73.654,00
	Personale della riabilitazione	S	348,12	2,94	€ 12.723.651,60	€ 1.451.667,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	137,34	0,00	€ 6.143.800,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	977,21	0,00	€ 31.796.478,52	€ 2.454.622,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	283,29	7,51	€ 8.428.320,36	€ 3.525.405,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.339,94
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	558,29	55,52	€ 21.303.423,58	€ 488.363,26	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.936.471,36
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.999,30	78,20	€ 203.805.939,56	€ 7.920.058,28	€ -	€ 208.745,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ 2.968.955,70
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		6.059,56	348,83	€ 316.391.452,09	€ 8.171.480,14	€ 2.069.776,54	€ 1.337.817,00	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.657.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.220.957,83	€ 2.068.449,19	€ -	€ 7.351.355,70	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2025

Azienda509 - 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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	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	-	-	
		€ 316.394.155,61	-	€ 2.069.776,54	-	-	€ 11.755.725,80	€ 4.220.957,83				-	-	-			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	819,98	200,09	€ 89.410.178,81		€ 1.991.248,54	€ -	€ -	€ 10.087.707,92	€ 3.537.207,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.100.557,83	€ 40.000,00	€ -	€ 4.382.400,00
	Dirigenza veterinaria	S	88,08	17,00	€ 9.483.996,74		€ 49.924,80	€ -	€ -	€ 165.527,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 559.897,90	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	125,29	53,54	€ 10.675.214,32		€ 28.603,20	€ -	€ -	€ 850.000,00	€ 78.400,00	€ -	€ -	€ 78.400,00	€ 1.421.884,02	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,91	0,00	€ 3.016.122,66	€ 251.421,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.060,26	270,63	€ 112.585.512,53	€ 251.421,86	€ 2.069.776,54	€ -	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.615.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.178.957,83	€ 2.021.781,92	€ -	€ 4.382.400,00
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.434,41	10,23	€ 111.950.732,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 513.490,40
	Personale tecnico sanitario	S	260,64	2,00	€ 11.459.532,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 73.654,00
	Personale della riabilitazione	S	348,12	2,94	€ 12.723.651,60	€ 1.451.667,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	137,34	0,00	€ 6.143.800,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	977,21	0,00	€ 31.796.478,52	€ 2.454.622,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	283,29	7,51	€ 8.428.320,36	€ 3.525.405,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.339,94
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	558,29	55,52	€ 21.303.423,58	€ 488.363,26	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.936.471,36
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.999,30	78,20	€ 203.805.939,56	€ 7.920.058,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ 2.968.955,70
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		6.059,56	348,83	€ 316.391.452,09	€ 8.171.480,14	€ 2.069.776,54	€ -	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.657.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.220.957,83	€ 2.068.449,19	€ -	€ 7.351.355,70	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 24/26 - Anno 2026

Azienda509 - 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 S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	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	-	-	
		€ 316.394.155,61	-	€ 2.069.776,54	-	-	€ 11.755.725,80	€ 4.220.957,83				-	-	-			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N=I+L+M	O	P	Q	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	819,98	200,09	€ 89.410.178,81		€ 1.991.248,54	€ -	€ -	€ 10.087.707,92	€ 3.537.207,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.100.557,83	€ 40.000,00	€ -	€ 4.382.400,00
	Dirigenza veterinaria	S	88,08	17,00	€ 9.483.996,74		€ 49.924,80	€ -	€ -	€ 165.527,08	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 559.897,90	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	125,29	53,54	€ 10.675.214,32		€ 28.603,20	€ -	€ -	€ 850.000,00	€ 78.400,00	€ -	€ -	€ 78.400,00	€ 1.421.884,02	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS PTA	26,91	0,00	€ 3.016.122,66	€ 251.421,86	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.060,26	270,63	€ 112.585.512,53	€ 251.421,86	€ 2.069.776,54	€ -	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.615.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.178.957,83	€ 2.021.781,92	€ -	€ 4.382.400,00
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.434,41	10,23	€ 111.950.732,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 513.490,40
	Personale tecnico sanitario	S	260,64	2,00	€ 11.459.532,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 73.654,00
	Personale della riabilitazione	S	348,12	2,94	€ 12.723.651,60	€ 1.451.667,31	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	137,34	0,00	€ 6.143.800,52	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	977,21	0,00	€ 31.796.478,52	€ 2.454.622,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	283,29	7,51	€ 8.428.320,36	€ 3.525.405,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 445.339,94
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	558,29	55,52	€ 21.303.423,58	€ 488.363,26	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.936.471,36
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.999,30	78,20	€ 203.805.939,56	€ 7.920.058,28	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ -	€ -	€ 42.000,00	€ 46.667,27	€ -	€ 2.968.955,70
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		6.059,56	348,83	€ 316.391.452,09	€ 8.171.480,14	€ 2.069.776,54	€ -	€ -	€ 11.103.235,00	€ 3.657.607,83	€ -	€ 563.350,00	€ 4.220.957,83	€ 2.068.449,19	€ -	€ 7.351.355,70	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., 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.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

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	SS-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	SS	1.006	21	124	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e Socio Sanitario (****)	SS-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 Direttore Generale

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

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. _____ DEL _____

Azienda 509 - Scaliaera

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

Pagina 217 di 221

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)				PERSONALE OSS UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE BOVOLONE (inizia attività 01.01.2024)	
Azienda				509 - Scaligera	
				Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari € 654.658,20 esternalizzati	
				DIPENDENTI	
PERSONALE DIRIGENTE	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS-PTA	0,00	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			0,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	17,00	€ 485.399,30	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			17,00	€ 485.399,30
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			17,00	€ 485.399,30	€ -

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)			PERSONALE OSS UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE BOVOLONE (inizio attività 01.01.2024)		
Azienda			509 - Scaligera		
			Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari € esternalizzati		
			654.658,20		
			DIPENDENTI		
	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS-PTA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		0,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	17,00	€ 485.399,30	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		17,00	€ 485.399,30	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		17,00	€ 485.399,30	€ -	

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

Tabella C - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026
Personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n. 420008 del 01/10/2019

Attività da internalizzare (indicare nella casella a destra l'oggetto dell'attività)			PERSONALE OSS UOC RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE BOVOLONE (inizio attività 01.01.2024)		
Azienda			509 - Scaligera		
			Importo riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari € esternalizzati		
			654.658,20		
			DIPENDENTI		
PERSONALE DIRIGENTE	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale
			A	B	C
	Dirigenza medica	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	0,00	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	SS-PTA	0,00	€ -	€ -
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			0,00	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	0,00	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	0,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	0,00	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	17,00	€ 485.399,30	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS-T	0,00	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	0,00	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			17,00	€ 485.399,30
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			17,00	€ 485.399,30	€ -

1 - La disposizione legislativa fa riferimento alle attività caratteristiche delle aziende sanitarie già esternalizzate e che a seguito di valutazioni gestionali aziendali, possono essere riportate all'interno, quindi riorganizzate facendo ricorso a risorse proprie e senza valersi di soggetti terzi.

Il Direttore Generale

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE E DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva dalla data di adozione.

In data odierna copia della presente deliberazione viene:

- Pubblicata per 15 giorni consecutivi nell'Albo on line, ai sensi e per gli effetti dell'art. 32 – comma 1 – della L. 18.06.2009, n. 69 e s.m.i..
- Trasmessa al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 10 – comma 5 – della L.R. 14.09.1994, n. 56.

Verona, lì

Il Direttore
UOC Affari Generali
Dott. Maria Leoni

TRASMESSA PER L'ESECUZIONE A:

UOC Controllo di Gestione
UOS Trasparenza e Anticorruzione e Servizi Ispettivi
UOS Formazione
UOC Gestione Risorse Umane

TRASMESSA PER CONOSCENZA A: