

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**N. DEL**

Il Direttore Generale dell'Azienda U.L.S.S. n. 9 SCALIGERA, dott. Patrizia Benini, nominato con D.P.G.R.V. n. 19 del 26/02/2024, coadiuvato dai Direttori:

- dott. Flavia Dal Bosco	Direttore Amministrativo
- dott. Viviana Coffele	Direttore Sanitario f.f.
- dott. Felice Alfonso Nava	Direttore dei Servizi Socio-Sanitari

ha adottato in data odierna la presente deliberazione:

OGGETTO**ADOZIONE PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2026-2028 DELL'AULSS 9 SCALIGERA**

Note per la trasparenza: Con il presente provvedimento, si intende approvare il P.I.A.O. quale strumento di effettiva semplificazione, il cui obiettivo è quello 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 prevede 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 (il Piano della Performance, il Piano di Organizzazione del Lavoro Agile, il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Piano del Fabbisogno del Personale). 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 Decreto Legislativo 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 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;

Visto il DPCM del 30 ottobre 2025, rubricato "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione", con il quale sono state approvate le Linee guida ed i Manuali operativi PIAO, cui questo documento si allinea per le disposizioni compatibili;

Tenuto conto delle "Indicazioni per la definizione della Sottosezione 'Rischi corruttivi e Trasparenza' del PIAO", emanate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e integralmente recepite nel presente provvedimento, il quale, a fini esplicativi e di supporto applicativo, richiama gli allegati di seguito elencati, resi disponibili per la consultazione al relativo link istituzionale: https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2703:

1. Rischi connessi al contesto esterno (Allegato As)
2. Registro dei rischi specifici (Allegato B)
3. Obblighi di pubblicazione (EOP)
4. Misure generali gestione rischi corruttivi
5. Misure volte ad assicurare la regolarità degli obblighi legati all'Amministrazione Trasparente;

Valutato il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2026-2028 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"

Allegato 2 "Documento delle Direttive anno 2026"

Tabella A "Piano Fabbisogno del Personale"

Tabella B "Dotazione organica del Personale Dipendente"

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

Ritenuto pertanto opportuno proporre:

- l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, proposto dal Coordinatore del Gruppo di Lavoro summenzionato, corredato dei relativi allegati quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di dare atto che il suddetto Piano 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;
- di demandare al Gruppo di Lavoro eventuali aggiornamenti del documento in considerazione delle disposizioni che dovessero venire successivamente adottate in materia;

propone l'adozione del conseguente 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, nonché del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028 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 Decreto Legge 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 2026-2028 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 venire 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 f.f.
dott. Viviana Coffele

Il Direttore Amministrativo
dott. Flavia Dal Bosco

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
dott. Felice Alfonso Nava

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Patrizia Benini

Indice

Premessa	2
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA dell’Azienda ULSS 9 Scaligera	2
Le Specificità dell’ULSS 9 Scaligera.....	3
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	4
Valore pubblico.....	4
Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico.....	5
Performance.....	23
Obiettivi Assegnati all’Azienda da Regione Veneto.....	24
Obiettivi Gestionali inseriti nella Relazione al BEP.....	24
Obiettivi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.....	25
Assegnazione obiettivi.....	25
Innovazioni di processo.....	26
Rischi corruttivi e trasparenza.....	26
Parte I - Gestione dei Rischi Corruttivi.....	26
Parte II - Obblighi di Trasparenza.....	34
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	37
Struttura organizzativa.....	37
Piano per il benessere Organizzativo.....	39
Organizzazione del lavoro agile.....	42
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	43
Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Dipendenti.....	45
Programmi Di Sviluppo Aziendale Nel Triennio.....	47
Esteralizzazioni.....	48
Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Non Dipendenti.....	49
Dotazione organica.....	50
Formazione del personale.....	51
Piano delle Azioni Positive.....	54
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	54
Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico.....	54
Ambito e oggetto del monitoraggio.....	55

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 adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

La DGR 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.

Con DPCM del 30 ottobre 2025 sono state approvate le Linee guida ed i Manuali operativi PIAO, cui questo documento si allinea per le disposizioni compatibili.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA dell'Azienda ULSS 9 Scaligera

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.).

Va evidenziato che con DDG 661 26/06/2024 l'Azienda ha modificato l'**articolazione territoriale dei propri Distretti** determinando una composizione degli stessi coerente con quanto disposto dalla L.R. 04 aprile 2024, n. 9 "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali che riconosce gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) quali perimetri di riferimento per la realizzazione della funzione programmatica zonale rappresentando il contesto di riferimento per la realizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)". Infatti oltre a ricongiungere nel Distretto 1 tutte le circoscrizioni del Comune di Verona (precedentemente suddivise tra Distretto 1 e 2), è stato ridefinito l'insieme dei comuni del Distretto 2 nel quale la Conferenza dei Sindaci ha inteso strutturare un quarto ATS, determinando pertanto una coincidenza di ognuno dei 4 distretti con un ATS.

Nell'Allegato 1 "ULSS 9 "SCALIGERA"- SCHEDA ANAGRAFICA" sono riportate le statistiche più rilevanti per la descrizione della struttura demografica e dell'attività sanitaria erogata.

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 preesistenti. 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 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
- Infine il territorio della provincia di Verona presenta una marcata vocazione turistica con oltre 19,5 milioni di presenze turistiche nel 2024 ed una componente straniera che rappresenta circa il 79% del totale

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. La presenza dell'Università infine, rappresenta oltre che un elemento di complessità anche un punto di forza.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

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".



L'ULSS 9 Scaligera persegue in modo particolare la creazione di valore nelle aree:

- **3 - Salute e Benessere:** per evidente mandato istituzionale
- **8 - Lavoro Dignitoso e crescita Economica:** sia per la dimensione aziendale, la qualità delle risorse impiegate e dei mercati coinvolti, sia per l'impatto sulla spesa pubblica
- **10 - Ridurre le disuguaglianze:** l'accesso equo ai servizi sanitari è uno dei principali elementi di valore, ma anche l'equità nell'accesso ai posti di lavoro dell'ULSS ha grande rilevanza

In maniera meno centrale, l'Azienda genera valore pubblico anche con riferimento alle aree:

- **12 - Consumo e Produzione Responsabile:** per evitare, vista la dimensione aziendale, lo sfruttamento del lavoro e delle risorse naturali
- **13 - Lotta contro il cambiamento climatico:** anche se con peso inferiore, l'attività aziendale ha un impatto significativo sull'ambiente

Si può descrivere nel seguente modo come l'ULSS 9 Scaligera identifica la creazione di Valore Pubblico.

Per mantenere e possibilmente **umentare il benessere** e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di misure collegate al 3 Goal ONU - SDGs/BES Salute e Benessere),

- l'Azienda eroga i **Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata** (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e
- con **livelli di qualità soddisfacenti** (misurati attraverso indicatori di processo e di esito),
- impiegando **risorse compatibili** con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l'equilibrio di bilancio).

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

Per "Strategia" si può intendere "l'insieme dei mezzi e dei metodi necessari a conseguire un obiettivo durevole"¹ nonché la "tecnica di individuare gli obiettivi generali di qualsiasi settore di attività pubbliche e private, nonché i modi e i mezzi più opportuni per raggiungerli"². In tal senso, per perseguire gli obiettivi di Valore pubblico identificati e rimuovere le cause che lo ostacolano, l'azienda ha individuato le seguenti strategie:

1. **Miglioramento dei tempi di attesa (ambulatoriali ed ospedalieri)**
2. **Governo della dinamica dei costi dei beni e servizi sanitari**
3. **Implementazione delle linee guida del DM 77/2020 ed investimenti conseguenti del PNRR**
4. **Digitalizzazione dei processi**
5. **Implementazione ed ampliamento dei livelli di assistenza ospedaliera**
6. **Potenziamento della presa in carico nelle cure Oncologiche e Palliative**
7. **Implementazione del Piano aziendale della Prevenzione**
8. **Estensione e miglioramento dell'attività sanitaria nel periodo turistico**

1. Miglioramento dei tempi di attesa (ambulatoriali ed ospedalieri)

Tra i principali obiettivi dell'assistenza sanitaria che l'Azienda deve perseguire, nonché uno dei punti di debolezza emersi nella valutazione della performance aziendale, c'è il miglioramento dei tempi di attesi legati alle visite ambulatoriali e alla lista di attesa operatoria.

L'Azienda è valutata, oltre che in base alla percentuale di prestazioni erogate entro i tempi previsti, attraverso ulteriori obiettivi intermedi con particolare riferimento a:

- il volume delle liste di pre-appuntamento;
- il numero di prestazioni "scadute" (con il superamento della priorità indicata nella ricetta) presenti nelle liste di pre-appuntamento in specifici periodi temporali;
- il contenimento della domanda prescrittiva rispetto alla media regionale.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, la Regione ha assegnato fondi dedicati all'erogazione di prestazioni in regime di Libera Professione Aziendale (LPA), finalizzati alla riduzione delle liste di attesa, nonché di una Istruzione Operativa aziendale per la definizione del fabbisogno di prestazioni e l'assegnazione modulabile delle ore in regime LPA

La gestione mirata di tali risorse, unitamente al monitoraggio costante e tempestivo delle attività erogate in regime di LPA, sia dalle strutture pubbliche che da quelle private, ha consentito di conseguire gli obiettivi relativi al contenimento del numero di pre-appointamenti e delle prestazioni scadute. Tuttavia, tale approccio ha comportato una penalizzazione degli indicatori regionali di performance complessiva, in particolare in termini di percentuale di prestazioni erogate nei tempi previsti dalla classe di priorità della ricetta soprattutto per le classi D e P.

¹ "2 (fig.) l'insieme dei mezzi e dei metodi necessari a conseguire un obiettivo durevole: strategia politica, commerciale." <https://www.garzantilinguistica.it/it/strategia/68914905d53226fa46083442>

² "2. estens. e fig. a. La tecnica di individuare gli obiettivi generali di qualsiasi settore di attività pubbliche e private, nonché i modi e i mezzi più opportuni per raggiungerli: s. politica, economica, sociale; la s. elettorale di un partito." <https://www.treccani.it/vocabolario/strategia/>



Per il 2026, nell'ottica del miglioramento continuo dell'offerta proposta, l'Azienda predisporrà alcune azioni volte a garantire una migliore aderenza dei tempi di attesa per le visite ambulatoriali:

- In data 10 novembre 2025 è stata avviata la fase pilota del Portale SovraCUP, con l'Azienda ULSS 9 Scaligera quale prima Azienda sanitaria regionale ad adottare la piattaforma in ambiente di produzione. Il sistema, a regime, consentirà la visualizzazione delle disponibilità di appuntamenti sull'intero ambito provinciale veronese per specifiche tipologie di prestazioni ambulatoriali, contribuendo all'ampliamento dell'offerta prenotabile e al miglioramento della capacità di risposta del sistema CUP.
- Nell'ottica di semplificazione e potenziamento dei canali di accesso ai servizi da parte dell'utenza, è prevista l'attivazione, a partire dall'inizio del 2026, di un servizio di contact center in outsourcing, mediante procedura di gara, a supporto dell'Azienda ULSS 9 Scaligera e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, al fine di consentire la prenotazione di prestazioni specialistiche su tutto il territorio provinciale.
- È inoltre programmata, a decorrere dall'autunno 2026, l'implementazione di un Sistema Informativo Ospedaliero unico aziendale, finalizzato al superamento dell'attuale frammentazione applicativa e alla razionalizzazione dei processi di prenotazione, monitoraggio e gestione delle liste di attesa, comprensivo di meccanismi automatici di gestione delle scadenze delle ricette.
- In attuazione delle disposizioni regionali in materia di governo delle liste di attesa e del Piano Attuativo Aziendale 2025, l'Azienda ULSS 9 Scaligera sta procedendo alla riorganizzazione e al rafforzamento dei processi di prenotazione e di gestione delle agende di specialistica ambulatoriale, attraverso la standardizzazione delle procedure, il consolidamento dell'assetto organizzativo e il miglioramento dell'affidabilità dei dati, al fine di garantire equità di accesso alle prestazioni e rispetto dei tempi di attesa.
- Nel corso del 2026 proseguiranno le attività di formazione del personale sanitario e amministrativo, già avviate nel 2025, in relazione al Piano Attuativo Aziendale Governo Liste di Attesa e alle disposizioni regionali vigenti. Contestualmente, nel 2025 è stato avviato un progetto regionale di supporto alla valutazione dell'appropriatezza prescrittiva mediante l'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale, quale ulteriore leva per il governo della domanda e la sostenibilità del sistema sanitario; è stato sviluppato da Azienda Zero un cruscotto con relativa condivisione dei dati delle Aziende ed individuati i referenti aziendali facenti parte del gruppo di lavoro. Il modello è stato finora testato e addestrato su prescrizioni

di prestazioni traccianti per le quali sono presenti indicazioni RAO, valutando l'aderenza del prescrittore ai RAO stessi; lo sviluppo continuerà nel 2026.

- L'Azienda persegue una politica di assunzione di professionisti nel tentativo di aumentare la capacità erogativa soprattutto nelle discipline e per le prestazioni che presentano criticità.
- Infine, anche alla luce della sottoscrizione nel corso del 2025 di un nuovo Patto con i MMG e l'istituzione di diversi gruppi di lavoro per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, verrà perseguito una riduzione delle prestazioni inappropriate, favorendo la disponibilità di posti per le reali esigenze della popolazione.
- E' stato attribuito all'Azienda un finanziamento regionale per il primo semestre (POA 1) di 1.385.061; detto finanziamento è subordinato all'acquisizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali dagli erogatori privati accreditati finalizzato alla gestione delle liste di attesa e del rispetto dei tempi previsti dalla normativa regionale e nazionale

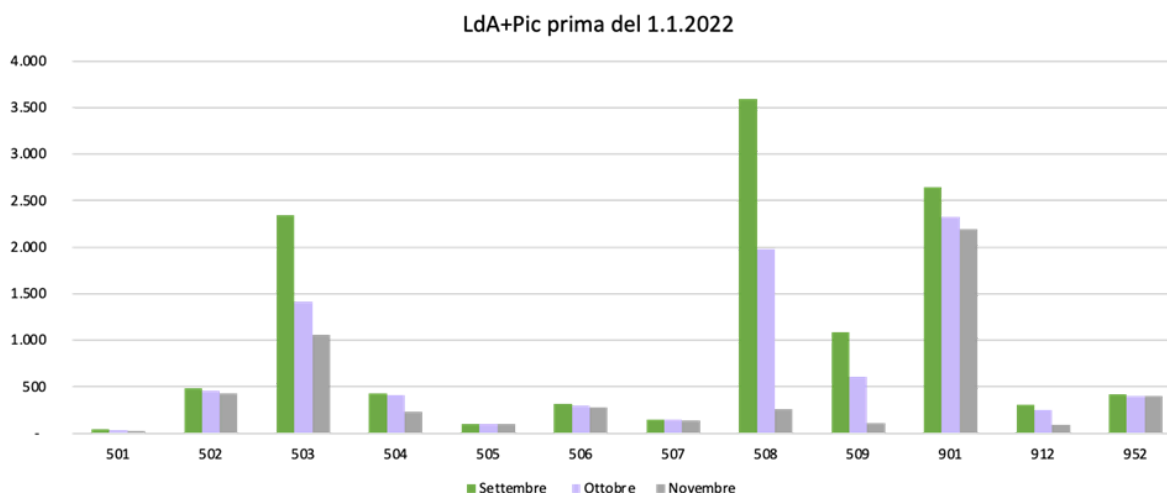
Per quanto riguarda i tempi di attesa della lista operatoria inoltre, le azioni complessivamente attuate hanno determinato un miglioramento significativo della coerenza tra classe di priorità assegnata e tempi di attesa, con una riduzione rilevante dei pazienti fuori soglia e un rafforzamento del governo delle liste di attesa chirurgiche; in dettaglio nel primo semestre 2025 è stato garantito il mantenimento del trend dell'attività chirurgica programmata su tutti i Presidi Ospedalieri aziendali, con conferma delle sedute operatorie pomeridiane e delle attività di prolungamento. Parallelamente, sono state attuate azioni strutturate volte ad assicurare l'appropriatezza e l'uniformità della gestione delle LDA, attraverso la definizione condivisa delle classi di patologia per disciplina, mediante gruppi di lavoro trasversali aziendali, e la formalizzazione di documenti di consenso disciplinari, diffusi e recepiti formalmente dalle UU.OO. chirurgiche.

È stata inoltre avviata una revisione sistematica delle liste di attesa pregresse, mediante riclassificazione dei pazienti secondo i criteri condivisi e applicazione delle disposizioni regionali in materia di cancellazione dalle LDA. Tali indicazioni sono state recepite in un documento aziendale emanato nel gennaio 2025, che ha consentito l'avvio di un'attività strutturata di "pulizia" delle liste, effettuata per blocchi omogenei e con tracciabilità delle decisioni assunte per ciascun paziente.

Nel medesimo periodo è proseguita l'attività della Cabina di Regia Regionale per il Paziente Chirurgico Programmato, cui l'Azienda ha partecipato attivamente. A supporto di tale percorso, con D.D.G. n. 169/2025 è stato istituito un Gruppo di Lavoro Multidisciplinare Aziendale per il monitoraggio e la gestione delle LDA chirurgiche, con il coinvolgimento delle DMO, del Servizio Informatico e di competenze di ingegneria gestionale.

Sono stati implementati strumenti di monitoraggio e reporting periodico verso la Regione, comprensivi di analisi per UU.OO., regime e classe di priorità, nonché flussi informativi automatici e sistemi di condivisione interna dei dati per la precoce individuazione delle criticità e la valutazione degli esiti delle azioni correttive.

In parallelo, è stato avviato uno specifico piano aziendale per l'abbattimento delle LDA relative agli interventi di cataratta, approvato dalla Regione, che ha previsto la mappatura dei percorsi assistenziali, l'incremento dell'attività chirurgica, il ricorso a prestazioni aggiuntive in libera professione aziendale, il blocco delle impegnative al primo contatto con il CUP e un monitoraggio costante dell'andamento del piano.



Situazione della ULSS 9 Scaligera (509) a Novembre 2024: Non sono più presenti da maggio 2025 Pazienti in attesa da prima del 2022.

2. Governo della dinamica dei costi dei beni e servizi sanitari

Uno degli argomenti più critici per la sostenibilità economico-finanziaria aziendale è dato dai costi di beni sanitari, intesi soprattutto come acquisto di farmaci, dispositivi medici erogati anche attraverso l'assistenza integrativa e l'assistenza protesica. L'Azienda ha registrato in passato significative difficoltà nel rispetto dei tetti di spesa fissati da Regione in particolare l'aumento della domanda sanitaria, legato all'invecchiamento della popolazione, rende strutturale la pressione sulla spesa, con un conseguente aumento dei consumi e dei trattati, che, per quanto riguarda il setting territoriale, nel 2024 è stata pari a 98,9 milioni di euro (+5,6% rispetto all'anno precedente) a fronte di un incremento dell'1,6% dei pazienti. La spesa per acquisti diretti ospedalieri in vertiginosa crescita a causa di:

- Incremento dei pazienti affetti da malattie rare che seguono cure ad alto costo prescritte da centri non ULSS 9, (solo la maggiore spesa nei primi dieci mesi del 2025 rispetto al 2024 è stata pari a +3.194.054 € (+29%).
- Domiciliazione dei pazienti provenienti da altri centri prescrittori a seguito del decreto n. 17/2023 della Regione Veneto, con una maggiore spesa nei primi dieci mesi del 2025 pari a + 1.075.852 (+24%) rispetto al 2024.
- Crescita della spesa per farmaci oncologici, che nei primi dieci mesi del 2025 ha registrato un incremento di +1.508.097 € (+14%) rispetto all'anno precedente.

Le azioni intraprese di contenimento della spesa sono legate principalmente all'appropriatezza prescrittiva per il controllo della spesa farmaceutica (con incontri dedicati anche all'Azienda Ospedaliera) e condivisione dei dati con i prescrittori interni per la definizione di azioni volte al controllo della spesa. Nel 2026 l'azienda ha programmato degli importanti interventi per governare la spesa della farmaceutica.

In primo luogo sarà avviato un progetto di audit strutturato con i Medici di Medicina Generale (MMG) per il governo della spesa farmaceutica convenzionata che comporterà 3 passi principali:

1. strutturare un Gruppo permanente di audit per ciascun Distretto dell'Aulss 9 Scaligera;
2. discutere la reportistica personalizzata che attualmente viene prodotta e trasmessa a ciascun Medico di Medicina Generale (MMG) dall'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale (UOC AFT)
3. avviare un processo di assistenza proattiva, individuando specifiche aree di intervento, per le quali l'UOC AFT rediga specifiche liste di pazienti che i MMG contatteranno per interventi ad hoc (ad es. deprescribing; revisione della terapia con Inibitori di Pompa Protonica, altro in relazione agli obiettivi / aree di risparmio individuati dalla Regione del Veneto).

L'obiettivo che ci si pone è così riassumibile:

1. un miglioramento dell'appropriatezza clinica, in quanto, a seguito della standardizzazione degli approcci prescrittivi, con la conseguente riduzione delle prescrizioni inappropriate, si favorisce un uso più razionale delle risorse;
2. una maggior consapevolezza e responsabilizzazione professionale, in quanto si stimola l'autovalutazione e la riflessione critica, rafforzando la responsabilità del medico verso i pazienti e il sistema sanitario;
3. la possibilità di una migliore interazione con gli specialisti, in quanto un approccio consapevole e standardizzato alla prescrizione consente di interagire in modo più sicuro e documentato con gli specialisti;
4. una riduzione dei costi e una maggior sostenibilità, in quanto una prescrizione più appropriata porta a un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata e a una maggiore sostenibilità del SSN.
5. qualità delle cure più elevata, in quanto, attraverso il feedback e la discussione di gruppo, i MMG valutano le proprie performance, con la possibilità di correggere i propri comportamenti e migliorare l'assistenza.

A sottolineare l'importanza di questa strategia, sono qui riportati gli obiettivi gestionali collegati, già riportati nella Relazione del Direttore Generale sul Bilancio Economico Preventivo (BEP) 2026 dell'ULSS (Delibera n.1733 del 31/12/2025 Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2026).

Obiettivi	Progetti, Azioni e Risultati attesi Anno 2026
Contenimento dei Costi relativi ai beni sanitari, riconducendoli ai tetti regionali:	<ul style="list-style-type: none"> ● Assegnazione di budget rigidi alle UU.OO. Aziendali (sia ordinatori sia utilizzatori) ● Stretta osservanza degli esiti di gara e delle priorità da dare ai fornitori per l'approvvigionamento ● Ulteriore sviluppo della distribuzione diretta ● Riorganizzazione delle modalità di coinvolgimento e responsabilizzazione di AOUI e dei Privati Accreditati nell'uso e prescrizione dei beni sanitari a carico dell'ULSS, proponendo l'istituzione di: <ul style="list-style-type: none"> ○ una Commissione Terapeutica dell'Azienda ULSS 9, della quale dovranno far parte anche i due maggiori privati accreditati che insistono sul territorio dell'ULSS 9, separata dalla Commissione Terapeutica Sovraziendale, istituita presso AOUI VR; ○ Gruppi di Lavoro dedicati a specifici argomenti, con la partecipazione sia dell'AOUI VR sia dei Privati accreditati della provincia di Verona ● Avvio di un progetto di audit strutturato con i Medici di Medicina Generale (MMG) per la spesa farmaceutica e l'appropriatezza prescrittiva ● Completa informatizzazione del percorso di prescrizione/autorizzazione/consegna tramite piattaforma GOpenCare, dei dispositivi medici per stomie, pannoloni, e farmaci e dispositivi per la fibrosi cistica. ● Revisione delle procedure di autorizzazione e verifica delle prescrizioni di protesica ● Omogeneizzazione tra i distretti all'interno dell'Azienda dei parametri collegati al consumo delle risorse ● Puntuale e tempestivo monitoraggio mensile dei consumi e delle prescrizioni
Efficientamento dell'apparato amministrativo	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisione dei processi ● Informatizzazione delle procedure amministrative ● Riorganizzazione dei magazzini per sfruttare ulteriori potenziali sinergie ● Collaborazione all'implementazione del progetto di logistica integrata regionale "Progetto ONE"
Rinforcare la partnership con AOUI	<ul style="list-style-type: none"> ● Sottoscrizione di un accordo con AOUI per governare il livello di attività specialistica ed ospedaliera. ● Tavolo di confronto con AOUI per il governo dei consumi indotti dai loro centri specialistici in particolare per i consumi dei pazienti diabetici e con malattie rare ● Informatizzazione dei Piani terapeutici ● Sottoscrizione di un accordo con AOUI per la riorganizzazione dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale nelle sedi di Borgo Trento e Borgo Roma ● Progettualità Interaziendali con AOUI per efficientare l'attività amministrativa ● Definizione di accordi per la gestione appropriata di attività di screening e di medicina necroscopica

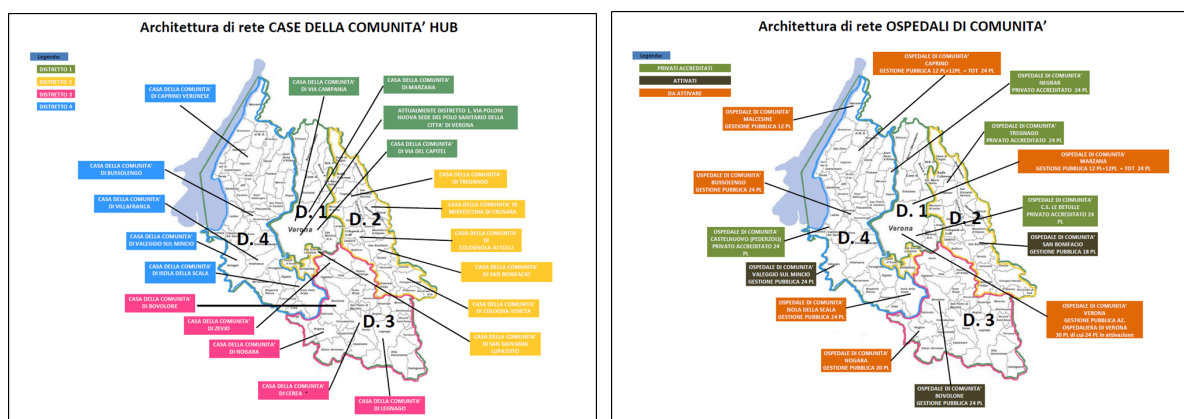
3. Implementazione delle linee guida del DM 77/2020 ed investimenti conseguenti del PNRR

La performance dell'assistenza sul Territorio dell'ULSS è relativamente positiva, anche se evidenzia alcune criticità in termini di continuità delle cure. Le novità introdotte dal DM 77/2020 finanziate dal PNRR rappresentano in questi anni una sfida fondamentale per modificare in maniera stabile i percorsi dei pazienti tra domicilio, territorio ed ospedale; innovazioni quali il numero unico 116117, la telemedicina, l'infermiere di Famiglia, il PUA ed in generale i servizi integrati all'interno delle nuove Case della Comunità, dovrebbero garantire benefici in termini di riduzione della pressione sui pronti soccorso, dei ricoveri e delle prestazioni inappropriate, dell'accesso improprio al MMG ed alla Continuità Assistenziale, il tutto in un quadro di miglioramento del servizio offerto al cittadino in termini di prossimità e continuità delle cure.

Tuttavia questo shock organizzativo deve essere adeguatamente accompagnato da una strategia di governo che permetta di generare rapidamente i benefici attesi a fronte degli ingenti investimenti sostenuti, scongiurando il rischio che i maggior costi derivanti dalle strutture territoriali non trovino compensazione nella razionalizzazione dei costi legati alla rete attuale mettendo a rischio l'equilibrio economico.

Sul punto si evidenzia che, come verrà mostrato nella sezione relativa al Piano Triennale dei Fabbisogni (vedi oltre), i soli costi per l'assunzione del personale necessario supereranno i 5 milioni all'anno, e che nel solo 2026 si prevedono capitalizzazioni di investimenti PNRR per circa 75 Milioni.

Per quanto riguarda l'impegno infrastrutturale, il piano aziendale contempla le strutture come riportate in figura.



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.

4. Digitalizzazione dei processi

Nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) dell'ULSS n. 9 Scaligera, la digitalizzazione dei processi rappresenta una leva fondamentale per l'efficienza operativa, la trasparenza e la miglior gestione dei servizi sanitari. L'introduzione di tecnologie innovative, la digitalizzazione dei flussi informativi e l'automazione dei processi amministrativi sono essenziali per migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi, a garantire un monitoraggio tempestivo e accurato delle azioni preventive e curative, aumentare l'efficienza operativa e di conseguenza favorire l'equilibrio economico.

Negli anni scorsi l'ULSS 9 ha già avviato il processo di trasformazione digitale riguardante alcuni ambiti di pertinenza strategica, in parte autonomamente e in parte adottando progetti regionali finanziati dal PNRR, quali ad esempio:

- unificazione ed ammodernamento del sistema informatico RIS/PACS utilizzato dalle Radiologie e Senologie;
- unificazione ed ammodernamento del Sistema informativo di Anatomia Patologica;
- unificazione ed ammodernamento del sistema di gestione logistica del Farmaco;
- unificazione ed ammodernamento del sistema informativo di Laboratorio;
- unificazione ed ammodernamento del sistema informativo di Emodialisi
- ammodernamento del sistema informativo Trasfusionale, con l'Azienda Ospedaliera;
- attivazione della firma digitale su Deliberazioni e Determinazioni;
- Ammodernamento della modulistica on-line per le richieste dei cittadini

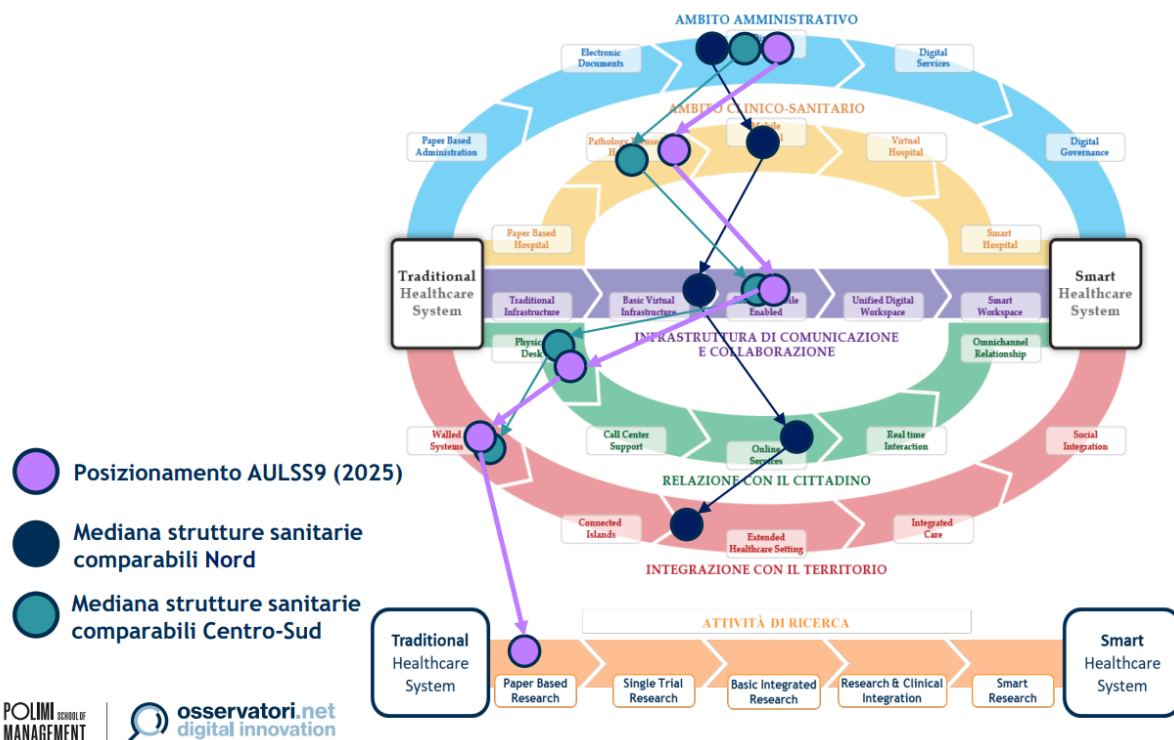
E' stata unificata e rinnovata la rete dati WiFi, dove era presente, ed è stata estesa a tutti i presidi ospedalieri ed alle principali sedi distrettuali ed amministrative, consentendo ai pazienti di usufruire del servizio Internet gratuitamente dai propri dispositivi, ai sanitari di utilizzare i carrelli informatizzati nei reparti e ai dipendenti che operano in mobilità di collegare il proprio Notebook alla rete dati via WiFi in ogni sede senza dover riconfigurare il dispositivo.

Nel 2026 la rete WiFi verrà estesa a "Palazzo Sanità" a Verona, e a tutte le nuove Case ed Ospedali della Comunità.

In relazione allo stato di informatizzazione dell'ULSS 9 è stato commissionato all'Università Politecnico di Milano uno studio sulla maturità digitale dell'Azienda ULSS n. 9 Scaligera. Lo studio si è concentrato su 5 filoni (ed un ulteriore per l'ambito della Ricerca) raggruppando i diversi sistemi informativi in aree interconnesse tra di loro:

- Ambito amministrativo
- Ambito clinico-sanitario
- Infrastruttura di comunicazione e collaborazione
- Relazione con il cittadino
- Integrazione col territorio

Modello eHealthJourney – Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano



Le carenze sono dovute in particolar modo alla mancanza di un Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) aziendale unico e moderno, normale punto di raggiungimento delle fusioni delle tre aziende

precedenti. Si prevede l'attivazione da novembre 2026 a febbraio 2027 della parte CUP/Cassa e ambulatoriale rinviando a metà 2027 l'avvio della parte ospedaliera

L'azienda inoltre si sta uniformando a quelli che sono i dettami dell'Agenda per l'Italia Digitale (AGID) per il miglioramento dei servizi proposti alla collettività; l'Agenda 2030 per il digitale mira a trasformare il sistema sanitario italiano attraverso l'uso coordinato delle tecnologie digitali, mettendo il cittadino al centro.

Tra gli obiettivi principali ci sono:

- Migliorare qualità, efficienza e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)
- Garantire accesso equo ai servizi sanitari su tutto il territorio
- Favorire integrazione e interoperabilità tra sistemi sanitari

Gli ambiti in cui si sta intervenendo sono:

<p>Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)</p>	<p>Procede l'adeguamento dei sistemi informativi clinici agli standard nazionali "FSE 2.0", per consentire l'accesso digitale via Internet alla documentazione clinica da parte dei pazienti e prossimamente ai professionisti sanitari autorizzati che operano nelle altre strutture sanitarie.</p> <p>Rimangono scoperti alcuni settori marginali ma, con l'avvio dei moduli CUP/Cassa/Ambulatoriale del nuovo sistema informativo ospedaliero regionale, previsto per l'autunno 2026, anche i referti ambulatoriali verranno inseriti nel FSEr.</p>
<p>Interoperabilità dei sistemi</p>	<p>Standard comuni per lo scambio di dati sanitari</p> <p>Integrazione tra regioni, strutture sanitarie e professionisti</p> <p>Superamento dei silos informativi</p>
<p>Nuovo sistema informativo di Laboratorio Analisi regionale</p>	<p>A fine 2024 sono stati unificati i tre sistemi informativi di Laboratorio Analisi, consentendo di razionalizzare e concentrare le attività in precedenza svolte separatamente in tutti e tre i Laboratori Analisi.</p> <p>Nel 2026, seguendo la programmazione proposta da Azienda Zero, verrà adottato il nuovo sistema informativo regionale di Laboratorio Analisi in sostituzione di quello attuale, integrando quindi i nostri Laboratori nella rete regionale.</p>
<p>Nuovo sistema informativo del Territorio regionale</p>	<p>Azienda Zero ha recentemente aggiudicato l'appalto per la fornitura del Sistema Informativo Territoriale costituito dai seguenti moduli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) - COT (Centrale Operativa del Territorio) - URT (Unità Riabilitazione Territoriale) - OdC (Ospedale di Comunità) ed Hospice - PUA (Punto Unico di Assistenza) - Psichiatria - Consultori <p>L'Azienda ULSS n. 9 grazie ai finanziamenti del PNRR per l'"Interconnessione COT", ha acquisito nel 2024 i moduli COT, ADI, URT, OdC ed Hospice e sono stati, nel frattempo, resi operativi ed ampiamente utilizzati in tutta l'azienda. Essendo lo stesso prodotto e fornitore risultato aggiudicatario della gara regionale tali moduli non verranno sostituiti</p>

	Invece, grazie alla fornitura regionale, verranno sostituiti i moduli Psichiatria e Consultori, che attualmente sono ancora divisi per distretto e piuttosto datati.
Nuovo sistema informativo Continuità Assistenziale regionale 116117	E' stato pianificato dalla Regione l'avvio del sistema informativo della Continuità Assistenziale e del numero telefonico unico europeo 116117 per aprile 2026. Conseguentemente verrà unificato ed ammodernato anche il sistema telefonico e di registrazione delle telefonate utilizzato dai Medici di Guardia Medica.
Unificazione sistema informativo cardiologia	Grazie ai finanziamenti PNRR per la digitalizzazione degli ospedali verranno unificati i tre sistemi informativi delle Cardiologie acquisendo un nuovo sistema unico più moderno ed efficace.
Telemedicina e servizi digitali	E' in corso l'acquisizione delle postazioni acquistate dalla Regione Puglia, con finanziamenti PNRR da distribuire a tutti gli ospedali, Case della Comunità, medici M.G. Pediatri L.S e Farmacie. E nel corso del 2026-2027, secondo le indicazioni della Regione Veneto, verranno attivati i servizi: Televisita, telemonitoraggio, teleassistenza ai pazienti a domicilio, allo scopo di ridurre gli accessi impropri alle strutture sanitarie e rendere più efficiente i servizi.
Ammodernamento del portale Internet/Intranet aziendale	Con apposito finanziamento PNRR nel corso del 2026 verrà aggiornato il portale Internet/Intranet secondo le indicazioni regionali, con la revisione e digitalizzazione delle Carte dei Servizi e con l'attivazione di apposite integrazioni con il portale internet regionale. Inoltre nel 2026 verrà revisionato ed ampliato il portale della modulistica on-line integrando i processi di backoffice. Verrà attivato il Portale del Cittadino, con accesso tramite SPID, nel quale verranno via via aggiunti servizi ai cittadini.
Dati e governance:	Valorizzazione dei dati sanitari per programmazione e ricerca Qualità, affidabilità e aggiornamento dei dati Supporto alle decisioni cliniche e di policy
Sicurezza e protezione dei dati:	L'azienda da alcuni anni investe costantemente nelle tecnologie di protezione informatica (p.es. antivirus, firewall, IPS, SIEM, XDR, Vulnerability Management, ecc.) ed ha adottato ferree politiche di sicurezza per gli addetti dell'UOC Sistemi Informativi. Nel 2026 è prevista l'acquisizione di ulteriori strumenti di sicurezza (WAF - Web Application Firewall, PAM - Privileged Access Management e IPAM - IP Address Management) Nel frattempo si sono affiancate Azienda Zero e Regione, per assicurare una maggior protezione dei sistemi informativi e dei dati dei cittadini. A tal proposito nel 2026 è stato costituito un Comitato Esecutivo CyberSecurity, con il compito di formalizzare una serie di politiche e procedure di sicurezza che coinvolgono anche altri ambiti dell'azienda (p. es. Ingegneria Clinica, Servizi Tecnici ed Economato) e documentare e formalizzare prassi e procedure già in uso oltre a

	<p>coinvolgere e responsabilizzare ogni settore dell'azienda alla sicurezza informatica</p> <p>Considerato che il fattore umano è il principale rischio per la sicurezza di un sistema informativo, grazie ad un accordo con la regione è stato attivato un corso di "alfabetizzazione" sulla sicurezza informatica destinato a tutti i dipendenti dell'azienda che in 24 lezioni coprirà tutti i possibili pericoli legati all'uso delle tecnologie informatiche</p>
Competenze digitali	<p>E' stato acquisto nel 2025, con fondi del Dipartimento di Prevenzione, un sistema di Formazione a Distanza basato su tecnologie Open Source ampiamente diffuse. Sono stati realizzati alcuni corsi sperimentali per dipendenti e per cittadini e nel 2026 verrà esteso utilizzo ad altri ambiti aziendali</p> <p>Formazione di operatori sanitari e cittadini</p> <p>Riduzione del digital divide</p> <p>Promozione dell'uso consapevole delle tecnologie</p>
Interfaccia vocale per la gestione delle telefonate	<p>Per far fronte alla carenza di personale amministrativo e per contenere i costi esternalizzati è stato acquisito nel 2025 un servizio di interazione vocale con i cittadini tramite telefono basato su Intelligenza Artificiale che ha consentito di migliorare nettamente l'efficienza delle liste di attesa. Il medesimo verrà esteso nel 2026 ad altri ambiti aziendali in cui è richiesta una interazione vocale con i cittadini, p.es. la segreteria della UOC Medicina Legale.</p>
	<p>Di importante rilievo strategico è l'implementazione di un sovraCUP aziendale (date?), l'adeguamento dei moduli di refertazione clinici e specialistici alle specifiche FSE 2.0 e l'implementazione del tracciato violenza sul flusso EMUR/APS con conseguente aggiornamento dei gestionali del PS.</p>
	<p>Il 2026 vede l'ulteriore implementazione, quindi, di nuove tecnologie e nuovi percorsi nativamente digitali utili alla centralità dell'assistenza (territoriale ed ospedaliera) e di interconnessione verso i domini regionali nell'ottica di cooperazione aziendale tra tutte le aziende venete.</p>

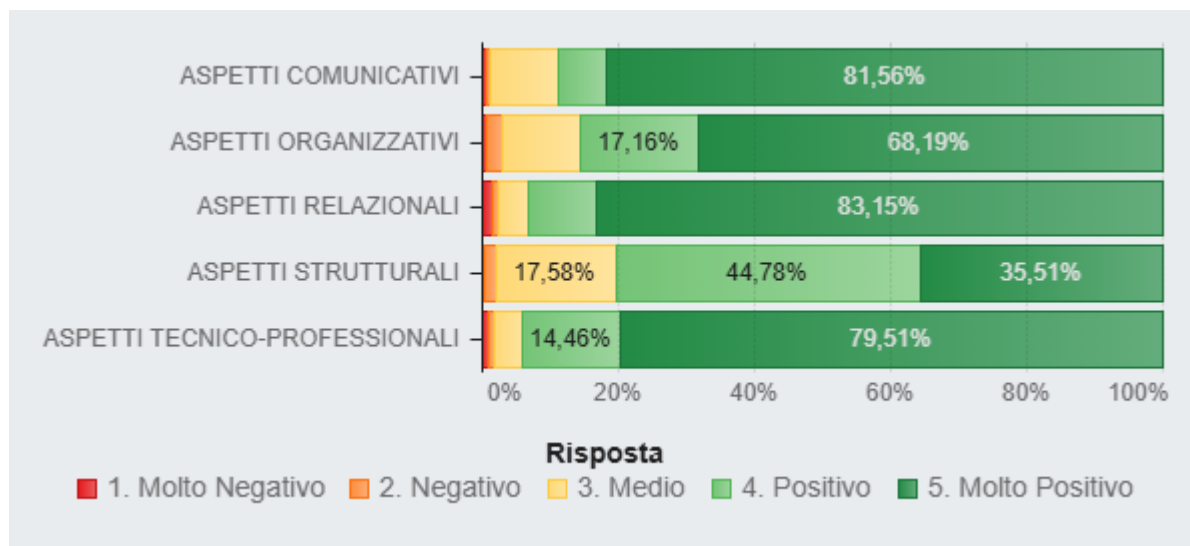
5 . Implementazione ed ampliamento dei livelli di assistenza ospedaliera

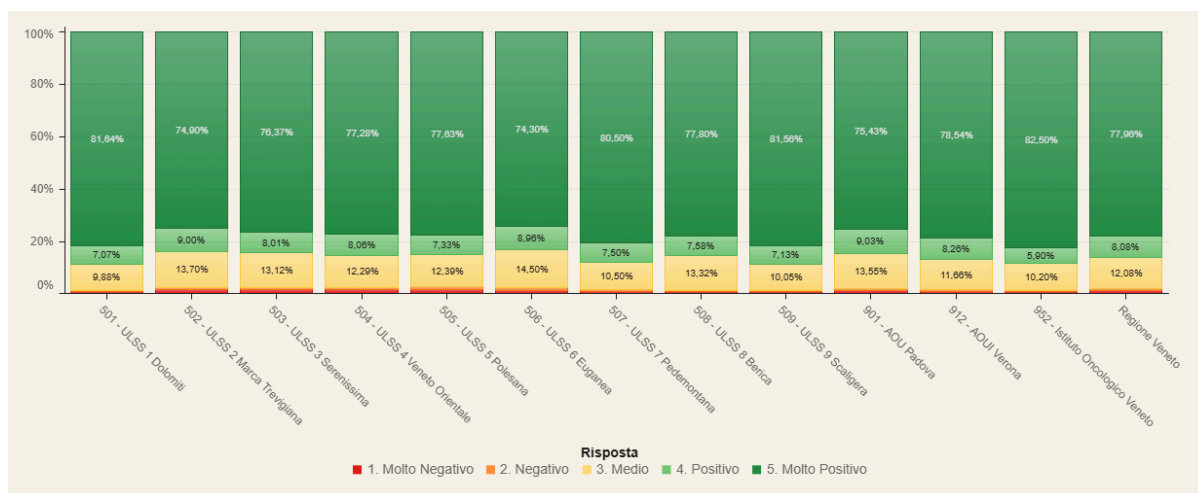
Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera il 2025 attesta un miglioramento degli indicatori ospedalieri rispetto a quelli del 2024, con un punteggio di 93.6 su 100 rispetto l'anno precedente di 89.3

Livello territoriale	Cod. indicatore	Nome indicatore	2025					
			Soglia 100	Periodo rif.	Num.	Den.	Valore	Punteggio
509-Scaligera	H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attivita' superiore a 150 (10 per cento tolleranza) interventi annui	90	2025,09	848	966	87,78	95
	H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mamme...	2,66	2025,09	23	577	3,99	91
	H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	0,15	2025,09	8.950	57.343	0,16	92
	H05Z	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	90	2025,09	672	738	91,06	100
	H13C	Percentuale di pazienti (eta' 65 piu') con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario.	80	2025,09	622	765	81,31	100
	H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con <1.000 parti	15	2025,09	326	1.749	18,64	70
	H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con >=1.000 parti	20	2025,09	358	2.048	17,48	100
	H23C	Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	7,25	2025,09	32	471	6,79	100

Figura 1 - Estrazione da cruscotti regionali - indicatori ospedalieri 2025

L'indagine di soddisfazione del paziente all'interno delle strutture di ricovero aziendali riporta una valutazione generalmente positiva dell'azienda (anche se con livelli medi di soddisfazione per gli aspetti strutturali), con la percentuale globale di giudizio "Molto Positivo" ai primi posti tra le aziende regionali.





Nuova PET-CT

Nel 2026 è previsto l'avvio del servizio di medicina nucleare con l'installazione di una nuova PET-CT presso la Radioterapia di Legnago, con lavori di ammodernamento a partire da aprile. L'intervento ha un elevato valore clinico, organizzativo ed economico ed è coerente con gli obiettivi di innovazione tecnologica, riduzione della mobilità passiva e potenziamento dell'offerta diagnostico-terapeutica territoriale.

Attualmente l'assenza della PET comporta il ricorso a strutture esterne, con maggiori costi, tempi diagnostici più lunghi e disagi per i pazienti. L'introduzione della PET-CT consente di superare questa criticità, migliorando la continuità dei percorsi assistenziali.

La PET-CT avrà una prevalente vocazione oncologica, sarà inserita nella UOC di Radioterapia e integrata nel Dipartimento Oncologico, supportando diagnosi, stadiazione, restaging, valutazione della risposta ai trattamenti e pianificazione radioterapica, rafforzando il modello multidisciplinare.

È stimata un'attività di circa 800 pazienti/anno, con tariffa di riferimento di € 1.116,75 per prestazione, organizzata su 21 ore e 36 minuti settimanali, assetto che garantisce efficienza, flessibilità e possibilità di incremento futuro dei volumi. I costi annui del radiofarmaco FDG sono stimati in circa € 124.000 e risultano sostenibili grazie alla riduzione della mobilità passiva e all'ottimizzazione dei percorsi.

Nel complesso, l'introduzione della PET-CT permetterà di internalizzare prestazioni ad alto valore clinico, ridurre costi indiretti, migliorare qualità e tempestività delle decisioni terapeutiche e rafforzare il ruolo dell'ULSS 9 Scaligera come riferimento oncologico territoriale.

Rete cardiologica aziendale

Il progetto di miglioramento aziendale è iniziato nel corso del secondo semestre 2025 mirando ad attivare e consolidare l'attività di elettrofisiologia interventistica presso l'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio, in linea con la riorganizzazione in rete delle cardiologie ULSS 9, individuando San Bonifacio come centro per le ablazioni complesse delle aritmie ipercinetiche. Durante l'anno sono state avviate le procedure per l'acquisizione e il trasferimento delle attrezzature, la progettazione e riorganizzazione della sala operatoria, la formazione del personale sanitario e la predisposizione di un'Istruzione Operativa per la gestione delle ablazioni; l'avvio delle attività, inizialmente previsto per l'estate, è slittato a settembre 2025 a causa dei tempi tecnici e amministrativi.

Il trasferimento dell'attività a San Bonifacio ha migliorato le performance complessive rispetto al 2024, ha eliminato trasferimenti tra i vari plessi aziendali con riduzione dei costi e ha favorito una migliore integrazione nella rete cardiologica ULSS 9.

Nel 2026 l'attività sarà potenziata andando a regime in maniera definitiva con tutti gli operatori coinvolti comportando un significativo ampliamento dell'offerta terapeutica per i pazienti con aritmie, con benefici per l'intera rete delle cardiologie ULSS 9.

Cardio-PACS

Un altro intervento strategico per l'azienda ULSS 9 è l'allineamento di tutti i sistemi elettrocardiografici in un unico sistema (CVIS-CardioVascularInformationSystem) "Cardio-PACS" in grado di gestire non solo i flussi delle attività cardiologiche nelle aree: diagnostica, interventistica (emodinamica ed elettrofisiologia), terapeutica (controlli ad es. per i pazienti post operati o gli scompensati), ma anche gestire tutti i dati prodotti rendendoli accessibili all'intero territorio dell'ULSS.

Obiettivo del Cardio-PACS è poter disporre di un unico strumento integrato (con le modalità, strumentazione, SIO e PACS) a livello dell'intera ULSS 9, in grado di elaborare, gestire, produrre, dagli esami clinici strumentali immagini/tracciati riferiti al mondo cardiologico, tutta la documentazione clinica necessari alla diagnosi e cura del paziente completa di tutti i suoi dati, raccolti in forma strutturata e quindi offerti in trasparenza e condivisione.

Tale sistema permetterà di informatizzare la refertazione in Emodinamica, Elettrofisiologia, Elettrostimolazione, Ecocardiografia, Elettrocardiografia, Visite Cardiologiche, Riabilitazione cardiologica, Prove da Sforzo, Holter dinamici e pressori dotata delle integrazioni necessarie con i Sistemi Informativi Ospedalieri ed a tutti gli apparati biomedicali (ECG, ecocardiografi, test da sforzo, holter cardiaco, holter pressorio, angiografo, poligrafo, telemetria ecc.).

I benefici attesi sono di seguito descritti.

RIDUZIONE DELLE ISOLE OPERATIVE: Consentire una gestione integrata dei processi clinici, logistici e amministrativi al fine di ridurre le isole operative e superare le difficoltà legate al dialogo tra sistemi e applicazioni eterogenee. Verrà garantita l'integrità del dato clinico, amministrativo ed economico, evitando la proliferazione di anagrafiche e riducendo al minimo le possibilità di errore attraverso un elevato livello di automatizzazione ed integrazione informatica.

ORIENTAMENTO AL PAZIENTE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: Creare un dossier clinico cardiologico del paziente, riducendo i tempi di accesso all'informazione a beneficio del personale medico, sanitario e tecnico che dispone di una preziosa base informativa su cui fare valutazioni e prendere decisioni. Aumentare il grado di appropriatezza nell'erogazione di prestazioni cardiologiche, evitando la ripetizione di prestazioni e rendere più efficace il processo diagnostico - terapeutico con la possibilità di consultazione immediata dei dati clinici necessari, diminuendo il rischio di errori medici dovuti alla frammentazione delle informazioni.

INCREMENTO DELLA COLLABORAZIONE: Il Cardio-PACS sarà il principale punto di riferimento al quale accedere per acquisire informazioni e per condividerle, incentivare lo sviluppo di dinamiche di collaborazione tra le risorse facilitandone il coordinamento.

SICUREZZA INFORMATICA: logico in modo da ottenere un'unica gestione integrata in termini di cyber security.

Chirurgia Robotica

L'Azienda intende anche introdurre la piattaforma robotica per la chirurgia mini-invasiva con la prevalente destinazione d'uso in ambito urologico e chirurgico. Questa tecnologia, ormai diventata lo stato dell'arte per alcune tipologie di interventi chirurgici, permetterà anche all'ULSS 9 di allinearsi ai medesimi standard offerti da tutte le altre aziende presenti nel territorio veneto, permettendo di essere attrattiva in termini prestazionali per la popolazione (per cui potenziale recupero di prestazioni) e in termini di sviluppo professionale per il personale sanitario (medico ed infermieristico).

6. Potenziamento della presa in carico nelle cure Oncologiche e Palliative

Va evidenziata una certa difficoltà dell'Azienda a soddisfare i principali indicatori di rispetto dei LEA in questo ambito, con effetti diretti sulla qualità dell'assistenza, e riflessi indiretti sull'impiego di farmaci e l'impatto economico. In particolare rispetto agli ultimi anni dei risultati vanno migliorati i risultati per:

- B4.1.1A_RV Consumo di oppioidi sul territorio >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A)
- D30Z - Deceduti per causa tumore maligno assistiti dalla Rete di cure palliative
- C10.3.1 - Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
- H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui
- Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
- P15C2m - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella

Per quanto riguarda le linee strategiche attuate dall'azienda in risposta al PON Piano Oncologico Nazionale 2023-2027 si evidenzia la messa in atto di una strategia trasversale ed integrata di prevenzione primaria e secondaria messa in atto dal Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto riguarda i programmi di screening oncologici (colonrettale, mammografico e cervico uterino) l'adesione è stata buona nel 2025 con una percentuale del 70.4% per quanto riguarda il colon, 59% per il mammografico; lo screening cervico-uterino si integra invece, con l'attività di vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV). Nel 2026 il Dipartimento sta valutando di implementare un progetto pilota di somministrazione della vaccinazione della prima dose di HPV direttamente in ambulatorio di colposcopia di screening alle donne con diagnosi di lesioni cervicali di grado CIN2 o superiore.

La prevenzione primaria delle malattie oncologiche comprende anche la prevenzione dei rischi professionali, in particolare quelli legati all'esposizione a cancerogeni sul luogo di lavoro.

Nel 2025 sono state svolte attività di vigilanza in alcune aziende del settore della produzione di materiali, tramite:

- questionari di autovalutazione del rischio;
- azioni di contrasto all'esposizione a polveri cancerogene.

Nel 2026, in collaborazione con l'Università di Verona, l'Azienda prevede di:

- proseguire le indagini ambientali già avviate nel 2025;
- continuare gli interventi di vigilanza nelle aziende.

Sono previsti, inoltre, interventi formativi nelle scuole superiori sui principali cancerogeni professionali, attraverso corsi in modalità FAD.

È già attiva la collaborazione con il Comune di Verona in ambito edilizio e urbanistico, in particolare per:

- la predisposizione di linee guida con obiettivi sanitari e ambientali;
- la partecipazione ai tavoli tecnici con ordini professionali e stakeholder sociali;
- il contributo alla definizione dei Piani di Assetto del Territorio (PAT) e dei Piani Urbani della Mobilità Sostenibile (PUMS).

Per il 2026 si auspica la ripresa e l'aggiornamento del protocollo sul disagio abitativo, già condiviso in passato con il Comune di Verona.

Nell'ottica di miglioramento dei percorsi legati alle malattie oncologiche e cure primarie, nel 2026, sarà programmato, in collaborazione con Il Centro di Riferimento Regione Veneto delle Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore, un Percorso formativo "La rete regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Implementazione del Percorso Integrato di Cura nelle Aziende Sanitarie del Veneto" che coinvolgerà tutte le UO ospedaliere e territoriali compresi i Medici di medicina generale e pediatri. L'obiettivo è quello di creare un percorso integrato, in rete, volto a garantire la continuità dell'assistenza, offrire risposte ad alta complessità e specializzazione, più vicino possibile al luogo di vita del bambino.

7. Implementazione del Piano aziendale della Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 9 Scaligera è la principale struttura aziendale preposta a promuovere stili di vita sani e ridurre i fattori di rischio legati alle malattie cronico-degenerative. Questa missione si allinea con le linee guida regionali e nazionali, tra cui il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2020-2025, e viene attuata tramite il Piano di Prevenzione Aziendale (PPA). Le azioni principali per il 2026 saranno focalizzate sull'integrazione di vari settori, dalla scuola al mondo del lavoro, e sul coinvolgimento attivo della comunità. Di seguito una sintesi delle strategie e azioni principali:

1. **Promozione di Stili di Vita Sani:**
 - a. **Fattori di Rischio Modificabili:** Il PPA si concentra su quattro fattori di rischio principali che possono essere modificati per prevenire malattie croniche: scorretta alimentazione, alcol, inattività fisica e fumo.
 - b. **Comunità e Scuole:** Creazione di una Rete regionale di Scuole che Promuovono Salute (SPS), aumentando l'adesione degli istituti scolastici e fornendo formazione e progetti educativi su alimentazione sana e attività fisica.
 - c. **Comunità Attive:** Creazione di una rete di Comuni Attivi, incentivando iniziative locali per la promozione dell'attività fisica e rigenerazione urbana, per favorire stili di vita sani a tutti i livelli.
2. **Prevenzione Integrata e Coordinata:**
 - a. **Intersettorialità:** Fondamentale è l'approccio integrato che coinvolge vari settori, tra cui scuole, comuni, aziende, istituzioni sanitarie e sociali, attraverso Tavoli intersettoriali.
 - b. **Percorsi Integrati di Prevenzione:** Viene promossa la creazione di percorsi integrati di prevenzione mirati alle specifiche esigenze di salute dei cittadini, con azioni concrete per il miglioramento della salute collettiva.
3. **3. Programmi Specifici di Prevenzione:**
 - a. **Programma Scuole che Promuovono Salute:** Crescita della percentuale di adesione delle scuole (dal 5% nel 2022 al 50% nel 2025) con attività educative su stili di vita salutari.
 - b. **Progetti di educazione alla salute e sicurezza nelle scuole,** con focus su alimentazione, attività fisica e prevenzione del fumo.
 - c. **Programma Comunità Attive:** Integrazione dell'attività fisica strutturata (EFS) nelle comunità, con un ampliamento della rete di Palestre della Salute e AFA per favorire l'accesso a programmi di movimento per tutte le età.
 - d. **Programma Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute (WHP):** Incentivare la promozione della salute nei luoghi di lavoro, con corsi di formazione per le aziende, iniziative contro i comportamenti a rischio (fumo, alcol, stress lavoro-correlato) e la creazione di ambienti di lavoro salubri.
 - e. **Dipendenze:** Attuazione di programmi di Peer Education nelle scuole e iniziative di sensibilizzazione per la prevenzione del consumo di alcol e sostanze nei luoghi di lavoro e nel tempo libero (ad esempio, iniziativa Go-Safe contro l'alcol alla guida).
4. **Progetti Specifici per Settori Ad Alta Vulnerabilità:**
 - a. **Prevenzione Rischio Cancerogeno e Silicosi:** Prosecuzione del Piano Mirato di Prevenzione (PMP) per settori ad alto rischio, come silice e pietre artificiali (per prevenire malattie professionali come la silicosi), con attività di formazione, sensibilizzazione e vigilanza nelle aziende.
 - b. **Prevenzione nei Luoghi di Lavoro:** Il PMP Edilizia e il PMP Agricoltura mirano a ridurre i rischi legati a incidenti sul lavoro e a garantire la sicurezza nei cantieri e nelle aziende agricole.
 - c. **Iniziative di formazione in sicurezza per i lavoratori,** con particolare attenzione alla prevenzione di infortuni e malattie professionali.
 - d. **Collaborazioni Intersettoriali:** È fondamentale il lavoro di rete tra enti pubblici e privati, come previsto dai Tavoli Intersettoriali per ogni Programma del Piano, al fine di garantire una risposta integrata e sistemica alle problematiche di salute.

Dal successo delle politiche di prevenzione dipende gran parte della capacità dell'azienda di mantenersi in equilibrio in termini operativi ed economici a fronte di una popolazione sempre più anziana, che quindi deve essere mantenuta libera il più a lungo possibile da patologie croniche ed

invalidanti. Inoltre mantenere l'incidenza delle patologie tumorali sotto soglie controllabili permetterà di sostenere i costi di terapie sempre più costose.

8. Estensione e miglioramento dell'attività sanitaria nel periodo turistico

La provincia di Verona è la seconda tra le province venete interessate dal turismo intra ed extra Nazione e soprattutto è sollecitata per l'intero anno; nella stagione estiva è soprattutto il distretto 4 quello maggiormente investito dai flussi turistici concernente tutta l'area del Lago di Garda mentre per il distretto 1 di Verona città il flusso è costante e continuo.

Secondo le analisi fornite da Regione (Sistema Statistico Regionale) il flusso totale delle presenze turistiche all'interno della Regione si attesta ad oltre 70 milioni di visitatori l'anno e la provincia di Verona sarà interessata per circa 20 milioni con un aumento costante dell'andamento rispetto al 2024

Nel 2024 si è registrato un anno record, con oltre 19,5 milioni di presenze turistiche, in aumento di circa il 4% rispetto al 2023. La componente straniera rappresenta circa il 79% del totale, a dimostrazione dell'elevata attrattività internazionale del territorio. Un ruolo centrale è svolto dalla sponda veronese del Lago di Garda, che concentra circa il 75% delle presenze provinciali, con oltre 14,7 milioni di pernottamenti nel solo 2024.

Nel 2025, sebbene i primi mesi mostrino una leggera flessione rispetto all'anno precedente, i livelli restano comunque superiori a quelli del periodo pre-Covid, confermando la solidità del settore. Accanto al turismo lacustre e naturalistico, contribuiscono in modo significativo anche la città d'arte di Verona, il turismo culturale, fieristico e congressuale.

MOVIMENTO TURISTICO NEL VENETO

Elaborazione per PROVINCIA [Verona]

Movimento turistico per mese. **Periodo gennaio - ottobre, anno 2025. Dati provvisori**

	ARRIVI		PRESENZE		TOTALE	
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Arrivi	Presenze
Gennaio	105.611	58.461	214.703	129.713	164.072	344.416
Febbraio	100.552	66.374	186.371	137.336	166.926	323.707
Marzo	129.170	111.261	244.638	268.621	240.431	513.259
Aprile	206.136	363.975	447.458	1.235.494	570.111	1.682.952
Maggio	223.320	431.488	442.943	1.485.486	654.808	1.928.429
Giugno	173.746	575.180	407.058	2.346.611	748.926	2.753.669
Luglio	156.024	675.170	375.298	3.110.891	831.194	3.486.189
Agosto	189.997	658.511	497.983	3.121.374	848.508	3.619.357
Settembre	186.854	513.078	386.509	2.182.747	699.932	2.569.256
Ottobre	180.821	342.255	328.713	1.165.582	523.076	1.494.295
Novembre	0	0	0	0	0	0
Dicembre	0	0	0	0	0	0
TOTALE	1.652.231	3.795.753	3.531.674	15.183.855	5.447.984	18.715.529

Elaborazioni dell'Ufficio di Statistica della Regione del Veneto su dati Istat - Regione Veneto

L'ULSS 9, allo scopo di miglioramento dei servizi offerti in ambito di assistenza nel periodo turistico ha attivato nel 2025 il programma "Un'estate in salute" perseguendo le seguenti finalità:

- rivedere in maniera organica le funzioni sanitarie, sociali ed amministrative collegate all'accoglienza al turista e al supporto alle attività clinico assistenziali, superando la passata frammentarietà, coinvolgendo il personale aziendale, gli stakeholder istituzionali, nonché le categorie economiche, alla luce delle esperienze maturate negli anni precedenti e di quelle che sono state implementate nell'anno in corso;
- implementare la formazione del personale delle strutture ricettive al fine di fare conoscere la rete di servizi e garantire la migliore tempestività e qualità degli interventi in termini di sicurezza e salute;
- attuare interventi di prevenzione mirati al mantenimento della sanità pubblica;

- valorizzare il ruolo dell'Azienda ULSS 9 come Azienda di servizi, che supporta l'economia turistica del territorio individuando le possibili sinergie con le Amministrazioni ed Enti locali e gli Attori economici.

In particolare il progetto ha previsto, a partire dal 2025:

- area sanitaria pubblica: è stato potenziato il Punto di Primo intervento presso il presidio Ospedaliero di Malcesine, attivata una postazione con auto medica presso il Centro sanitario polifunzionale di Caprino Veronese e potenziata l'attività sanitaria di base attraverso l'apertura di ambulatori di assistenza primaria diurna per l'area montana della Lessinia (n. 5 ambulatori), per l'area del lago di Garda (n. 7 ambulatori) e per l'area montana del Baldo (n. 3 ambulatori);
- area sanitaria del privato accreditato: relativamente alla Casa di Cura "Ospedale dott. Pederzoli" (significativamente interessato dal fenomeno turistico data la sua ubicazione presso la località di Peschiera del Garda e la vicinanza alla località di Lazise che sono le due principali località turistiche del lago) è stato potenziato, l'organico medico ed infermieristico del Pronto Soccorso;
- area comunicazione e marketing: sono stati definiti gli strumenti di comunicazione da adottare per diffondere all'utenza turistica l'informazione relativa all'offerta dei servizi allestiti e presenti (sito web aziendale e reti informative, brochure e poster, segnaletica multilingue).

Lo sviluppo della progettualità, diffusasi ampiamente nel corso del 2025 tramite l'interessamento di diverse aree aziendali ha portato in dote, tramite fondi regionali già definiti con deliberazione della Giunta Regionale n. 1497 del 20 novembre 2025, 600.000 €; ciò permetterà la prosecuzione del progetto tramite 4 linee di interessamento che vedranno la luce nel 2026 in ottica di miglioramento strategico aziendale:

1. Potenziamento area amministrativa: sarà potenziato con un supporto amministrativo il Punto di Primo intervento di Malcesine e il Pronto Soccorso di Bussolengo, istituendo le funzioni collegate all'accoglienza al turista e al supporto alle attività clinico assistenziali, ivi comprese le attività amministrative di back office;
2. Conferma attività emergenza-urgenza attuata nel 2025 e riorganizzazione della rete emergenza urgenza nel distretto 4:
 - Incremento mezzi di soccorso nel periodo estivo (01/06/2026 – 30/09/2026) sia nel distretto 1 di Verona città che nel distretto 4 sul Lago di Garda.
 - Attivazione Idroambulanza: Strutturazione accordo con la Croce Rossa Italiana, Comuni lacustri del Garda e SUEM 118 Verona per implementare l'attività dell'idroambulanza sul lago di Garda
3. Conferma attività di offerta sanitaria attuata nel 2025:
 - Potenziamento delle attività di Pronto Soccorso nella struttura di Peschiera nel periodo Aprile-Settembre, con implementazione dell'organico medico e infermieristico: si richiede la disponibilità per 182 giorni (12 h/die per i dirigenti medici e 24 h/die per il comparto)
 - Attivazione Servizio di Assistenza Sanitaria di base ai turisti per la stagione 2026
 - Potenziamento servizio di Dialisi dedicato ai turisti (Caprino)
4. Attuazione 6 progetti area Prevenzione:
 - Potenziamento attività vaccinale: Strutturazione di fasce orarie dedicate all'attività vaccinale per i turisti nelle zone di maggior afflusso. Incremento degli orari degli ambulatori vaccinali nei 3 Distretti di Verona città, Ovest Veronese ed Est Veronese con la maggior concentrazione di turismo.
 - Attivazione progetto regionale: "Rifugi Sani e Sicuri": Adesione al progetto regionale "Rifugi Sani e Sicuri", prevedendo sopralluoghi, formazione ed acquisto e manutenzione di defibrillatori.
 - Si ritiene che l'adesione dei rifugi al progetto in questa stagione potrà essere stimato nel numero di 10. Il costo stimato per ogni rifugio è pari a 980€ e comprende l'attività di valutazione delle istanze, di sopralluogo (svolte dal tecnico della prevenzione e dal Dirigente), di formazione e di manutenzione del defibrillatore.

- Attivazione progetto: “Controlli ufficiali veterinari presso i punti di sbarco del pescato del Lago di Garda”: Assicurare ed ottimizzare i Controlli Ufficiali previsti dalla vigente normativa presso i punti di sbarco del pescato del Lago di Garda, affinché vengano portati sulle tavole dei consumatori (cittadini e turisti) prodotti ittici freschi e sicuri.
- Attivazione progetto: “Attività di vigilanza e controllo delle emergenze attive e prevenzione delle patologie all’interno dei parchi tematici del lago di Garda”: effettuazione attività di sorveglianza, controllo e formazione in merito alle emergenze attive all’interno dei parchi a tema: Natura Viva e Gardaland-Sea Life
- Attivazione progetto: “Incremento dei controlli all’interno delle strutture ricettive, maggiormente popolate dal turismo, per la prevenzione delle infezioni da legionella”: incremento del 30% dei controlli annuali, all’interno delle strutture ricettive per la prevenzione delle infezioni da legionella
- Attivazione progetto: “Strutturazione di un piano di monitoraggio per le zecche e definizione di mappe di rischio per le malattie trasmesse da zecche”: Esecuzione di un piano di monitoraggio per la ricerca di zecche in ambiente montano e pedemontano. Predisposizione delle mappe di rischio per le malattie trasmesse da zecche nel territorio della Provincia di Verona.

5. Attuazione 2 progetti area Formazione:

- Attivazione progetto: “In piscina in sicurezza”: Formazione sul campo del personale operante nelle piscine alla gestione dell'emergenza-urgenza ed all'utilizzo del DAE ed alla prevenzione delle infezioni da Legionella. Si stima l'effettuazione di 8 corsi che prevedono la formazione di 60 persone.
- Strutturazione incontri informativi rivolti alla popolazione: “Sicuri in montagna: consigli pratici per frequentare la montagna in sicurezza”: In accordo con i Comuni, SUEM 118 Verona e la Società Italiana Medicina di Montagna, l'ULSS 9 Scaligera organizzerà due incontri rivolti alla popolazione in merito alla sicurezza e prevenzione dei rischi presenti in montagna. Si stima l'effettuazione di almeno 2 incontri che prevedono la partecipazione di almeno 60 persone.
- A corollario ci sarà anche l'aggiornamento del sito internet dedicato alla medicina turistica e la creazione di un'APP dedicata multilingue.

Performance

All'interno del Ciclo della Performance trovano allocazione organizzativa tutti gli obiettivi e le iniziative previste con le Strategie Aziendali, ed in particolare viene enfatizzato l'aspetto di “misurazione” della performance che trova negli indicatori quantitativi, in particolar modo gli indicatori del NSG e finanziari.

L'Azienda è peraltro soggetta a molteplici sistemi di misurazione esterna e di benchmarking tra i quali alcuni liberamente fruibili dal pubblico:

- 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.
- Performance delle Aziende Sanitarie Territoriali (<https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32>) che, oltre a dimensioni

legate all'assistenza, riporta una batteria di indicatori, anche di natura economico-finanziaria e sugli investimenti

In questa sezione del PIAO si evidenzia come l'azienda traduce in obiettivi gestionali delle strategie di creazione di valore pubblico. 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:

- **Processo di Budgeting** ed assegnazione delle responsabilità
- Specifici **obiettivi ed indicatori** assunti per la valutazione della performance

Il Capitolo è predisposto secondo le logiche di performance management, di cui al Capo II del decreto legislativo n. 150 del 2009 e secondo le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica e nel rispetto delle indicazioni della DGR 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).

Per un approfondimento delle modalità di misurazione della performance ed in particolare il collegamento con l'erogazione dei fondi incentivanti, si rimanda all'ultima Relazione sulla Performance pubblicata (in particolare il Capitolo 3.3.1. "Il processo di valutazione annuale") al seguente link:

<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=14329>

La Performance Aziendale deriva dal raggiungimento dei diversi obiettivi gestionali provenienti da molteplici "fonti". Di seguito si riportano gli obiettivi di performance Aziendali per macro gruppi; per un elenco analitico esaustivo, si rimanda all'Allegato 2.

Obiettivi Assegnati all'Azienda da Regione Veneto

Il Ciclo 2026 si apre senza che la Giunta Regionale abbia ancora adottato la consueta delibera di assegnazione annuale degli obiettivi di salute e funzionamento. Tuttavia nella DGR 1524/2025, con la quale la Giunta ha pubblicato le valutazioni dei Direttori Generali per l'anno 2024, è stato indicato che *"nelle more della determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2026, si ritiene di proporre tra i temi di valutazione per l'anno 2026 anche gli obiettivi già individuati per il 2025 correlati al Nuovo Sistema di Garanzia, al perseguimento PNRR Missione 6 ed alla sostenibilità economica del miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, in quanto oggetto di misurazioni continuative anche ministeriali e al fine di allineare il più possibile i cicli di misurazione e controllo della Regione e delle Aziende sanitarie."* Pertanto **l'Azienda avvierà il ciclo performance 2026 assumendo che la maggior parte degli obiettivi 2025 siano ancora validi**, in particolare gli obiettivi della DGR 1557/2024:

- S.01 Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie
- S.03 Perseguimento PNRR Missione 6
- A.01 Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali
- A.02 Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali
- E.01 Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici
- E.02 Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale
- E.03 Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR

Discorso analogo per gli obiettivi provenienti dal Consiglio Regionale, non ancora definiti per l'anno 2026. Gli obiettivi vigenti per l'ULSS 9 nel 2025 (prot. Consiglio Regionale n.182353 del 9/4/2025),

che si ritengono ancora validi nelle more di nuove disposizioni, e sono dettagliati nell'Allegato 2 Documento Direttive.

Va evidenziato che nell'ultima Valutazione annuale dell'Azienda a cura della Regione Veneto (DGR 1524/2025) riferita all'anno 2024, **la posizione dell'azienda** che si era collocata all'ultimo posto con riferimento all'anno 2023, **è migliorata di 2 posizioni**, soprattutto grazie ad un miglioramento nella valutazione del rispetto dei tempi d'attesa (vedi strategia 1) e del governo dei consumi di beni sanitari (vedi strategia 2).

Obiettivi Gestionali inseriti nella Relazione al BEP

L'importanza del rispetto della programmazione economica ha richiesto di anticipare la definizione di obiettivi gestionali da assegnare alle Unità operative nell'ambito del ciclo della performance. Nella **Relazione al BEP 2026** (Delibera n.1733 del 31/12/2025 Approvazione Bilancio Economico Preventivo 2026), nel **capitolo "3.1 Obiettivi attesi e risultati attesi"** si riportano le seguenti azioni, tese a garantire il rispetto delle voci di bilancio con dinamiche sfavorevoli.

- Contenimento dei Costi relativi ai beni sanitari, riconducendoli ai tetti regionali
- Efficientamento delle strutture Ospedaliere a fronte dell'Apertura delle Strutture Territoriali
- Razionalizzazione sedi aziendali
- Razionalizzazione dei Trasporti Sanitari
- Riduzione dei costi relativi al Global Service (riscaldamento e manutenzione)
- Riduzione dei servizi non sanitari (Lavanderia e pulizia)
- Efficientamento dell'apparato amministrativo
- Contenimento dei costi per servizi sanitari
- Rinforzare la partnership con AOUI

La nota regionale prot. n. 0639896 del 25/11/2025 ha definito come risultato economico preventivo programmato e obiettivo per la Ulss 9 Scaligera il valore di -4,3 milioni di euro. Tra le scelte obbligate per il rispetto di questo risultato vi è la necessità del rispetto dei tetti regionali sui beni sanitari ed una generale razionalizzazione dei costi.

Per ulteriori approfondimenti si rimanda ai documenti relativi al Bilancio Economico di Previsione al seguente link: <https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.apridoc&iddoc=15110>

Obiettivi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

Quale elemento di **correlazione della Performance con la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**, saranno perseguite le seguenti linee di intervento che rappresentano altrettanti obiettivi (vedi Allegato 2):

- OBIETTIVO Aziendale RPCT 1: Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa;
- OBIETTIVO Aziendale RPCT 2: 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 RPCRT4:** Promuovere e monitorare l'attuazione delle misure contenute nella Sezione del PIAO – Gestione Rischi Corruttivi, con particolare attenzione ai rischi corruttivi specifici identificati nella mappatura dei processi.

Questi Obiettivi sono assegnati a tutte le Unità Operative Aziendali coinvolte nella gestione di processi di aree maggiormente esposte ai rischi corruttivi.

Assegnazione obiettivi

L'insieme degli obiettivi che l'azienda deve perseguire sono stati organizzati nel seguente schema al fine di trovare collocazione nei documenti di budget negoziati ai fini della Performance organizzativa:

1. Obiettivi Strategici:
 - a. Obiettivi di performance del Sistema (NSG, PNE, Agenas)
 - b. Obiettivi di Salute e Funzionamento assegnati dalla Giunta Regionale
 - c. Obiettivi di programmazione assegnati all'Azienda dalla V Commissione
 - d. Obiettivi relativi all'Anticorruzione e trasparenza
 - e. Obiettivi di Risk Management
2. Obiettivi di Produzione ed Efficienza
3. Obiettivi derivanti dalla programmazione economica
4. Obiettivi di Miglioramento Organizzativo

Lo schema non ha pretese tassonomiche (molti progetti ed obiettivi ed indicatori potrebbero rientrare in più categorie) ma risponde ad **esigenze funzionali**, infatti i singoli punti possono trovare definizione in momenti diversi, permettendo l'assegnazione/negoziatura degli obiettivi tra Direzione ed Unità Operative molto precocemente, anche nelle more dell'adozione dell'aggiornamento del PIAO, e soprattutto senza dover attendere l'emanazione degli specifici obiettivi regionali.

Innovazioni di processo

L'Azienda, anche sulla scorta dell'analisi sulla digitalizzazione, ritiene di proseguire con l'innovazione dei processi di programmazione e controllo, già cominciata con l'introduzione del doppio livello di contrattazione delle schede budget sperimentata per la prima volta con riferimento al 2025. Inoltre intende rinnovare progressivamente sia sul piano organizzativo che degli strumenti, le modalità operative con cui il ciclo della performance è condotto, in particolare dotandosi di un **datawarehouse aziendale sempre più completo e performante**, approvando una **procedura aziendale formalizzata** per la conduzione del processo di budget ed il potenziamento dei sistemi informatici a supporto con la **digitalizzazione completa della negoziazione e valutazione**.

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".

In adesione alle direttive ANAC in materia, è stato fondamentale 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. Inoltre, 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 di

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.

Il presente Documento, come sopra accennato, tiene, altresì, conto delle risultanze emerse nella Relazione annualmente predisposta dal RPCT e, nella specie, nella Relazione 2025. Inoltre, come meglio precisato nella parte generale, in linea con le indicazioni operative contenute da ultimo nel PNA 2025, 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.

1. 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'ULSS 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.

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. a) partecipare al processo di gestione del rischio e osservare le misure contenute nel PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza;
- B. 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);
- C. 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);
- D. 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;
- E. 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 i 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.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli "stakeholders" partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della customer satisfaction, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del PIAO – Sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza.

1. 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.

2. LE LINEE DI PRODUZIONE

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

- Distretto Socio Sanitario
- Dipartimento di Prevenzione
- Ospedale

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

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

- Dipartimento delle dipendenze
- Dipartimento di salute mentale.

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

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

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.

3. 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.

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.

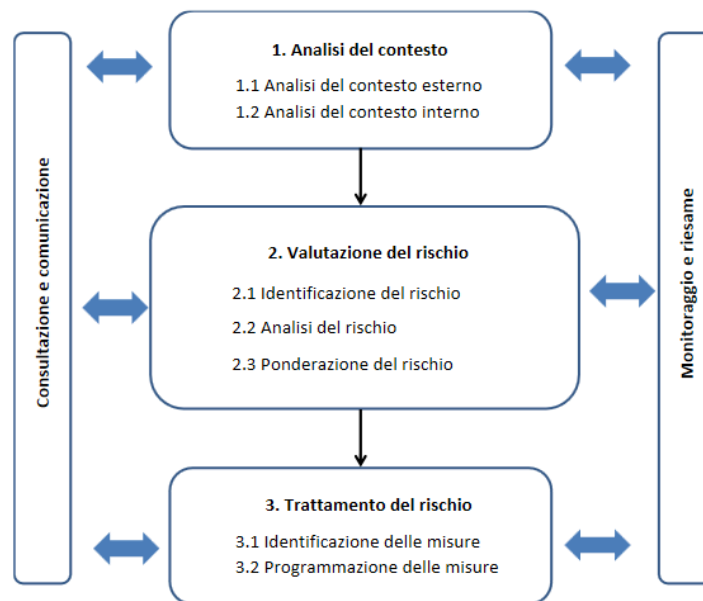
La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, accrescendo la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili.

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)....".

Figura 1 – Il processo di gestione del rischio di corruzione



Con l'adozione del PIAO – Sezione 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione, la Direzione dell'ULSS 9 Scaligera intende elaborare e attuare il processo di gestione del rischio attraverso un duplice ordine di finalità:

1. **Contrastare e prevenire il fenomeno dell'illegalità:** Questo obiettivo mira a combattere e prevenire l'illegalità, che si manifesta attraverso l'abuso di potere per fini illeciti. Ciò include la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico, l'aggiramento fraudolento delle norme, e ogni forma di abuso o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura.
2. **Creare un contesto orientato ai valori della legalità, trasparenza, integrità ed etica:** Questo obiettivo mira a creare un ambiente fortemente orientato ai valori della legalità, trasparenza, integrità ed etica. Si intende promuovere un cambiamento culturale che porti a considerare tali valori come parte integrante di ogni azione e decisione amministrativa, nonché della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

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.

La strategia per la prevenzione del rischio di corruzione della ULSS 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;

- 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**: l'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 stato possibile rendere esaustiva e trasversale la valutazione dei rischi, anche ai fini di misurare la capacità aziendale di prevenire le frodi (aziendali, interne ed esterne).

4.1 – Analisi del contesto.

4.1.1 - Il contesto esterno.

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

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 As, 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.

4.1.2 – 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 prevede la 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.

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".

Nella mappatura dei processi della ULSS 9 Scaligera rientrano i 40 processi identificati dalla Regione Veneto, come descrittivi dell'azienda sanitaria 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.

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 riportati nell'Allegato B), i 30 processi applicabili alla ULSS n. 9 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", ecc....

La Matrice Rischi_Controlli riporta, per ciascun processo, gli elementi che orientano la valutazione del rischio, configurati quali motivazioni della classificazione adottata, in continuità con i precedenti Piani. La matrice include inoltre l'individuazione dei possibili schemi di frode, che nell'ambito dell'ULSS sono qualificati come fattori abilitanti ANAC, ossia condizioni o vulnerabilità che possono favorire il verificarsi degli eventi rischiosi. Per ogni rischio identificato è definito il relativo set di azioni di controllo, finalizzato al contenimento e alla mitigazione degli impatti potenziali.

L'Allegato B costituisce, per l'anno 2026, il registro dei rischi (o catalogo dei rischi), nel quale, per ciascuna attività oggetto di analisi, sono descritti gli eventi rischiosi connessi sia alla frode sia alla compliance. Tali eventi sono individuati sulla base della valutazione dei comportamenti a rischio di corruzione o di mancata adesione normativa, come emergono dalla mappatura dei processi analizzati e sottoposti a revisione.

Per l'anno in corso rimane prioritario l'approfondimento dei processi a elevato impatto socio-economico, con particolare attenzione a quelli che comportano la gestione di risorse finanziarie pubbliche e private, incluse quelle riconducibili al PNRR.

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

L'adozione del registro consente al RPCT di verificare il processo di gestione del rischio, in coerenza con i compiti di controllo previsti dall'Allegato 1 del PNA 2019. Il RPCT valuta la ragionevolezza del processo insieme ai controllori di primo livello, adottando criteri prudenziali per evitare sottostime e assicurare l'attuazione delle misure di mitigazione. Invita inoltre i referenti a revisionare le matrici di mappatura per garantirne aggiornamento e correttezza. L'Allegato B, "Mappatura dei processi a rischio corruzione", documenta la valutazione del rischio effettuata e rappresenta graficamente gli esiti dell'analisi.

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).

4. TRATTAMENTO DEL RISCHIO.

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

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

- - "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singola Azienda);
- - "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nella programmazione triennale della prevenzione della corruzione.

Ricade nelle "misure ulteriori" l'insieme dei controlli (misure specifiche) previste per contenere il rischio analizzato nei processi studiati.

Nell'allegato PIAO2016_misure_generali ci sono le schede dettagliate delle "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.

5. ANTIRICICLAGGIO

Il legame tra antiriciclaggio e anticorruzione nella pubblica amministrazione è strettamente connesso alla necessità di prevenire e contrastare fenomeni di illegalità che possono compromettere l'integrità e la trasparenza delle istituzioni. Entrambi i processi mirano a garantire che le risorse pubbliche siano utilizzate in modo corretto e che le decisioni amministrative siano prese in modo imparziale e trasparente. La gestione del rischio corruttivo e del rischio di riciclaggio di denaro si basa su principi comuni, come l'analisi dettagliata del contesto, l'identificazione dei rischi, la mappatura dei processi e la valutazione dell'esposizione ai rischi.

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

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

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

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

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

Il sistema tenendo 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.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti dal RPCT e quelli dell'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio).

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.

Parte II - Obblighi di Trasparenza

1. OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA.

In coerenza ed in applicazione della normativa, la Direzione Generale dell'ULSS 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.

2. TRASPARENZA E DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI.

La trasparenza è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall'ULSS 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.

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

La trasparenza è posta al centro di diversi orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Il d.lgs. 33/2013 è stato rafforzato dal D.Lgs 97/2016.

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.

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

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

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

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".

5. COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER –

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.

6. RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI.

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

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

Il d.lgs. 97/2016 prevede che siano indicati i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Nelle more dell'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. Le competenze specifiche sono aggiornate secondo le 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.

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

Con la l. 28.12.2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato “ (c.d. legge di stabilità), sono stati introdotti nuovi adempimenti in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e pubblicazioni obbligatorie.

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. Nel PNA 2025, Anac ha introdotto i fattori determinanti per assicurare adeguati livelli di Trasparenza.

Nell'allegato PIAO26_misure_trasparenza ci sono i dettagli delle “misure organizzative volte ad assicurare la regolarità degli obblighi dell'amministrazione trasparente “ di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

8. 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 contenuti nella Sezione Amministrazione Trasparente>> Altri contenuti>> Prevenzione della Corruzione>> PIAO - sotto sezione Rischi Corruttivi e Trasparenza /PTPCT in Triennio 2026 – 2028:

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/index.cfm?action=mys.page&content_id=2703

- 1. Rischi connessi al contesto esterno (ALLEGATO As)**
- 2. Registro dei rischi specifici (ALLEGATO B)**
- 3. Obblighi di pubblicazione (EOP)**
- 4. Misure generali gestione rischi corruttivi**
- 5. Misure volte ad assicurare la regolarità degli obblighi legati all'Amministrazione Trasparente**

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 e successive modifiche ed integrazioni; sono stati progressivamente apportati aggiornamenti all'assetto organizzativo, da ultimo con la delibera n. 1739 del 31/12/2025 in corso di approvazione da parte della Regione Veneto.

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 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 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.

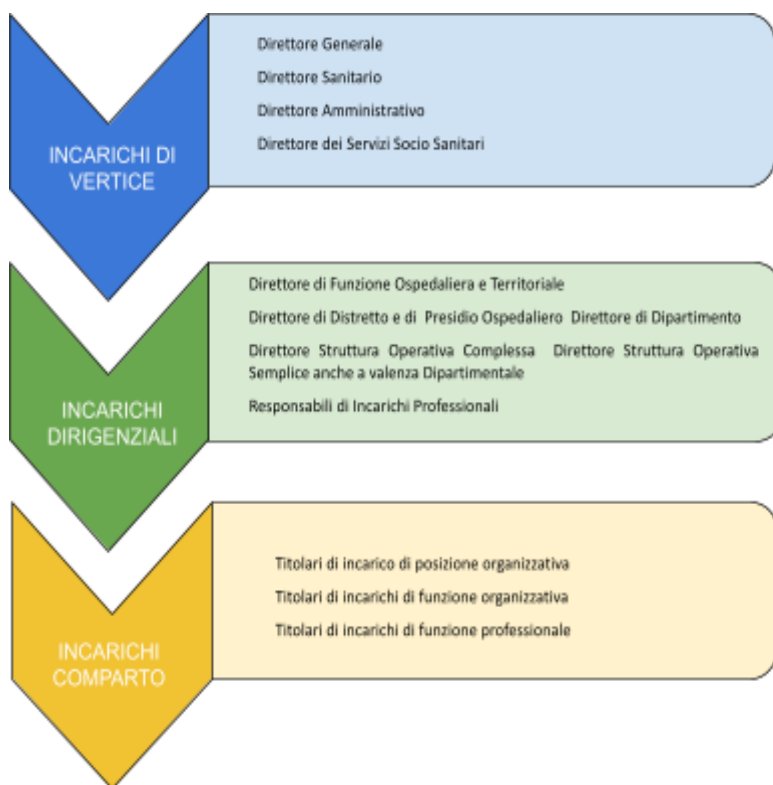
A tutti i dipendenti inquadrati nell'area dei Professionisti della Salute e Funzionari è assegnato un incarico professionale di base.

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 31/12/2025 risultava così composto:

	DIRIGENZA	COMPARTO
DIRIGENTI MEDICI	906	
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	122	
DIRIGENTI TECNICI E AMMINISTRATIVI	23	
PERSONALE SANITARIO E SOCIO SANITARIO		4189
PERSONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO		769
Totali parziali Dirigenza e Comparto	1051	4958
TOTALE		6009

Il personale si è mantenuto stabile rispetto all'anno 2024 registrando un incremento di complessive 45 unità relative ai Dirigenti medici a fronte di una riduzione di 38 unità relative al personale del Comparto.

Le assunzioni di personale sono state effettuate nell'ambito del limite di spesa assegnato dalla Regione Veneto con DDR 122 del 01/09/2025.

Piano per il benessere Organizzativo

In tema di benessere organizzativo, argomento da sempre all'attenzione dell'Azienda, è stato prontamente recepito quanto indicato dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 960 del 13 agosto 2024 "Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto" in quanto le misure individuate di fatto si traducono in strumenti per migliorare la qualità del lavoro e l'attrattività dell'Azienda.

Con nota n. 68455 del 24.09.2024, modificata con nota 68455 del 14/04/2025 è stato individuato il gruppo di lavoro aziendale dedicato all'implementazione delle progettualità contenute nell'allegato dello stesso atto.

Le principali problematiche individuate dalla citata DGRV riguardano:

- la diminuita attrattività delle professioni sanitarie, in particolare di infermieristica, di alcune specializzazioni mediche e della professione di operatore socio sanitario,
- l'invecchiamento del personale con il conseguente aumento di disagi correlati all'età,
- la futura carenza di personale sanitario, particolarmente infermieri e OSS, che si determinerà a seguito del raggiungimento dell'età pensionabile di un grosso numero di dipendenti concentrati ora nelle fasce di età 51-54 anni,
- le dimissioni inattese, cioè quelle correlate a motivazioni diverse dal pensionamento, che negli ultimi anni costituiscono più della metà delle dimissioni totali.

Tali azioni sono state oggetto di specifiche progettualità aziendali per il primo anno del Piano, 2025, individuate dal gruppo di lavoro e approvate dalla Direzione.

Si riassumono, di seguito, le azioni conclusesi nel 2025:

- realizzazione delle 8 specifiche proposte formative inserite nel Piano della Formazione;
- Stesura di procedura di ingresso per Dirigenza e Comparto non sanitario e questionario in ingresso. Azione 2.1: La procedura è stata formalizzata ed è in corso sperimentazione. La procedura è stata oggetto di informativa sindacale in occasione di un incontro con la Dirigenza Area Sanità.
- Colloquio motivazionale di cessazione e questionario in uscita. Azione 2.1: si è proceduto alla stesura di apposita procedura che è in corso sperimentazione. La procedura è stata oggetto di informativa sindacale in occasione di un incontro con la Dirigenza Area Sanità. Anche la UOC Professioni Sanitarie ha introdotto nuova procedura in corso di sperimentazione.
- Incarichi di funzione professionale per il coordinatore del CDL e Tutor del CDL in infermieristica. Tutti gli incarichi sono stati banditi e assegnati.
- Sperimentazione sistema doccia idro molecolare. La sperimentazione è stata adottata con risultati più che soddisfacenti.
- Individuazione di mappature per sedi e filoni di attività per accoglimento di personale con limitazioni. Le professioni sanitarie hanno proceduto alla mappatura delle postazioni, all'aggiornamento del file prevedendo il monitoraggio di quanto indicato in modo da rendere possibile la collocazione ottimale di personale con limitazioni.
- Software di gestione delle richieste di mobilità interna e trasferimento tra unità operative della stessa sede. Le professioni sanitarie hanno proceduto a porre in essere una apposita procedura informatizzata che prevede il monitoraggio di quanto indicato in modo da rendere possibile la collocazione ottimale del personale.
- Procedura per consentire eventuali mobilità interne dei dirigenti medici. E' stata predisposta la procedura di che trattasi ed è stata condivisa con la Dirigenza Area Sanità in occasione di un incontro sindacale. E' stata successivamente trasmessa alle [OO.SS.](#) della Dirigenza.
- Incarichi di funzione professionale. Sono state poste in essere le procedure relative all'attivazione degli incarichi di funzione professionale. Ad oggi risultano assegnati in n. 53 incarichi.
- E' stato regolamentato ed istituito lo sportello psicologico a favore del personale dipendente.

Si illustrano, di seguito, le azioni individuate per il piano del benessere anno 2026:

- analisi della messa a regime delle nuove procedure relative al neo assunto e al cessato con interventi di feedback sulle procedure stesse;
- prosecuzione delle attività relative allo sportello psicologico;
- messa in produzione della procedura relativa alla mobilità interna della dirigenza;
- "Viaggio nelle professioni sanitarie": promozione sul sito internet aziendale dell'attività delle professioni sanitarie attraverso brevi filmati informativi;
- prosecuzione di ulteriori sei mesi del progetto di sperimentazione della doccia idro molecolare;
- analisi degli esiti dell'indagine di clima al fine della individuazione delle possibili azioni di miglioramento legate ai quesiti con riflessi nei campi di competenza della 960/2024.
- Sono infine state ampliati e incrementati i momenti formativi previsti nell'ambito degli specifici obiettivi di benessere organizzativo e finalità della DGR 960/2024 come da elenco sotto riportato:

PROPONENTE	TITOLO ATTIVITA' FORMATIVA	AZIONE
GRU	WORD ED EXCEL BASE E AVANZATO, SICUREZZA INFORMATICA E PRIVACY CON PRIORITÀ AGLI ULTRA 55ENNI - DIMINUZIONE RESISTENZA ALLE NUOVE TECNOLOGIE (IN CONFORMITA' ALLA DGR N. 960/24)	3.1
GRU	COMUNICAZIONE RELAZIONALE GESTIONE DEI CONFLITTI E SAPER GESTIRE ASSUNZIONI E DIMISSIONI IN LINEA CON LA DGR 960/2024	2.6
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	IL MODELLO DELLA COMPASSIONATE LEADERSHIP: RAFFORZARE LA CONSAPEVOLEZZA DEL SÉ AL FINE DI MIGLIORARE IL BENESSERE ORGANIZZATIVO (RISERVATO A IFO IFOC)	2.2
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	CONTAMINAZIONE DI COMPETENZE - SENIOR VS JUNIOR - A SUPPORTO DI UNA LEADERSHIP POSITIVA (RISERVATO A IFO IFOC NEOINSERITI E NEO-NOMINATI)	3.1
GRU	CORPO INTELLIGENTE (DGR 960/2024) Favorire, attraverso il movimento consapevole del corpo, un percorso di valorizzazione personale e professionale, volto a migliorare il benessere globale del personale	3.1 - 2.6
GRU	GIORNATA DELLE PROFESSIONI AZIENDALI: QUESTO È IL MIO LAVORO (DGR 960/2024)	2.6
UOC LABORATORIO ANALISI LEGNAGO	FORMAZIONE ORIENTATA AL TEAM BUILDING (DGR 960/24)	
UOC GASTRO	POSTURA E PREVENZIONE DEI DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA (DGR 960/24)	
UOC CURE PRIMARIE	MINDFULNESS NELLA PRATICA DELLE CURE PRIMARIE: PRESENZA, ASCOLTO E BENESSERE PROFESSIONALE (DGR 960/24)	
UOC IAF D3	ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO MULTIPROFESSIONALE ATTRAVERSO L'ANALISI DELLE DINAMICHE GRUPPALI (RISERVATO A DISTRETTO 3) (DGR 960/24)	
UOSD DIREZIONE AMM.VA DIP PREV	TEAM WORKING - SAPER LAVORARE IN SQUADRA PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI E LA RISOLUZIONE DEI CONFLITTI (DGR 960/24)	
DIREZIONE MEDICA BUSO VILLA	AGENDA DIREZIONE MEDICA: APPUNTAMENTI MENSILI PER LA GESTIONE DEGLI OSPEDALI DEL DISTRETTO 4 (DGR 960/2024)	

Organizzazione del lavoro agile

L'Azienda Ulss 9 Scaligera conferma nel PIAO la regolamentazione già prevista con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021 con la quale è stato 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.

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.

A seguito dell'emanazione della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29/12/2023, intesa a 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, l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha dedicato l'istituto dello Smart Working alle categorie di lavoratori fragili. La Direttiva è stata recepita con deliberazione n. 193 del 28/02/2024 e, per l'anno 2024.

Al 31.12.2025 risultano attive n. 44 postazioni di lavoro agile per il personale dipendente di cui :

- SMART WORKING
 - n. 2 area dirigenza
 - n. 33 area comparto
- TELELAVORO - LAVORO DA REMOTO
 - n. 1 area dirigenza
 - n. 8 area comparto

Per quanto riguarda il Telelavoro con nota prot. n. 212407 del 03/12/2025 è stata richiesta revisione e nuova proposta, ai vari responsabili/ direttori di UOC, dei posti di lavoro agile in telelavoro.

Per l'anno 2026 risultano confermate le posizioni già in essere, mappate con precedenti deliberazioni n. 360, 907 e 1116 del 2023, n. 160 del 2024 e n. 1466 del 2025 e viene proposta la mappatura di una nuova posizione di telelavoro per personale del comparto e precisamente:

- n. 1 area comparto presso Direzione Amministrativa del Dipartimento di Prevenzione prot. 221100 del 17/12/2025.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha consolidato l'utilizzo dei 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) che originariamente erano stati introdotti soltanto in via sperimentale. L'utilizzo massivo di tecnologie più dinamiche consente, trasversalmente, di porre le basi per l'allineamento alle disposizioni in materia di digitalizzazione dettate dalla DGR 960/24, con la quale, in particolare all'ALL. A, azione 4.2, si fa riferimento alla necessità di utilizzo dell'AI quale strumento di supporto alle attività del personale. Per consentire un consapevole utilizzo della dotazione informatica l'Azienda ha promosso e reso obbligatorio uno specifico corso sulla cybersicurezza.

Si evidenzia che la regolamentazione aziendale in materia di lavoro agile non ha subito modificazioni in quanto già conforme per gli aspetti fondamentali alle disposizioni contenute nei vigenti contratti collettivi di lavoro. Nel corso del 2026 si procederà comunque all'aggiornamento di tale regolamentazione.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1546 del 27/11/2025, è stata approvata la revisione del piano dei fabbisogni di personale per l'anno 2025 ed è stato adottato il piano triennale fabbisogni 2026 – 2028, alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO).

A seguito di parere espresso dalla Regione Veneto con nota prot. n. 697577 del 29/12/2025, sono state apportate al piano le necessarie modifiche, e si è provveduto con deliberazione n. 88 del 26/01/2026 alla sua approvazione definitiva.

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

- analisi complessiva dei compiti istituzionali dell’Azienda 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. 2718 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” e n. 1616 del 17/06/2008 con riferimento ai requisiti e agli standard per le unità di offerta nell’ambito della 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";
 - con il piano regionale di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche a carico del fondo ex art. 1 c.368 l. 207/2024;
- compatibilità con l’equilibrio economico-patrimoniale dell’azienda, con particolare riferimento al rispetto del tetto di spesa indicato dalla Regione del Veneto nei prospetti allegati alla nota prot. n. 620623 del 13/11/2025;
- 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;
- compatibilità con quanto previsto dalla delibera del Direttore Generale n. 1333 del 30/12/2022 di adozione del “Piano Pandemico Aziendale “PANFLU” 2021-2023”;
- compatibilità con le misure che il PNRR Missione 6 ha previsto per l’Azienda Ulss 9 in termini di strutture intermedie;
- compatibilità con l’avvio dell’attuazione delle disposizioni Regionali di cui alla Legge Regionale n. 9 del 04 aprile 2024 “Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e servizi sociali” e alle “Indicazioni per la costituzione e l’avvio degli Ambiti Territoriali Sociali a norma degli artt. 4, comma 3, lett. b) e 18, comma 1, lett. a) della Legge regionale n. 9 del 04 aprile 2024 “Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali” di cui alla DGR 1077 del 17 settembre 2024 e con il Decreto Interministeriale del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24 giugno 2025;
- compatibilità con le misure previste per l’abbattimento delle liste d’attesa;

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 2025	ANNI 2026-2027-2028
COSTO DIPENDENTI BILANCIO SANITARIO	€ 336.714.909,83	€ 342.269.786,61

COSTO PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	€ 3.755.945,8 (dirigenza)	€ 3.220.853,00 (dirigenza)
	€ 663.722,73 (comparto)	€ 596.747,00 (comparto)
COSTO S.A.I.	€ 11.755.728,80	€ 11.755.728,80
COSTO LAVORO FLESSIBILE PERSONALE DIRIGENZA MEDICA E NON DIRIGENZIALE APPARTENENTI A PROFILI SANITARIO E SOCIO SANITARIO A TEMPO DETERMINATO E PERSONALE NON DIPENDENTE	€ 9.886.159,00	€ 9.886.159,00
COSTO LAVORO FLESSIBILE ALTRI PROFILI RISPETTO A QUELLO SOPRA	€ 839.636,00	€ 839.636,00

Come si nota, la programmazione aziendale, in linea con le strategie di aumento del Valore Pubblico, in particolare lo sviluppo dell'attività con conseguente riduzione dei tempi di attesa e l'attuazione del DM 77, prevede un investimento significativo in termini di risorse umane, per la maggior parte acquisite con contratti di lavoro di dipendenza.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive si evidenzia che nel 2025 l'Azienda ha ricevuto un finanziamento specifico ulteriore rispetto al fondo inizialmente previsto sia per il personale del comparto che per quello della dirigenza e che pertanto nel 2026 è stato ripristinato il tetto ordinario previsto.

Il PTFP viene espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) necessario 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 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 qualificazioni previsti dal nuovo CCNL 02/11/2022 per il personale del comparto;
- procedure selettive per dare attuazione alla progressione fra le aree ai sensi dell'art. 20 e 21 del CCNL 02/11/2022 del Comparto Area Sanità, come novellati dagli artt. 18 e 19 del CCNL sottoscritto in data 27/10/2025;
- monitoraggio degli istituti di assenza
- tempi di attuazione
- impatto delle esternalizzazioni programmate per il triennio
- impatto delle internalizzazioni di servizi sanitari realizzate nel 2025 e da attuarsi nel 2026 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 2026-2027-2028 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 che prevedono nuovi standard per la Sanità Penitenziaria, per la Salute Mentale, Cure Palliative e Dipendenze nonché per l'attivazione delle nuove strutture intermedie previste dalla misura 6 del PNRR e gli effetti dell'attuazione degli ATS.

Obiettivi prioritari sono:

- la copertura di tutte le unità operative complesse, sia quelle già vacanti al 31/12/2025, sia quelle che si renderanno vacanti nel corso del triennio, mediante espletamento delle selezioni pubbliche per il conferimento degli incarichi apicali, così da dare stabilità all'U.O. in termini di organizzazione e programmazione delle attività, con il conseguente aumento dell'attrattività della stessa nei confronti di nuovi professionisti.
Si rileva in proposito che alla data dell'1/01/2026 risultano 16 UOC (14 in ambito sanitario e 2 in ambito tecnico-amministrativo) nelle quali le funzioni apicali sono assicurate da un dirigente cui è stato assegnato un incarico di sostituzione, e per le quali è in previsione nel corso dell'anno l'assunzione del relativo direttore.
- la piena occupazione dei posti di organico previsti per le unità operative dove da tempo si riscontrano difficoltà a reperire dirigenti strutturati.

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, recupero e riabilitazione funzionale di Bovolone, 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. Si evidenzia che per l'anno 2026 è in corso il reclutamento di personale dipendente che si presume porterà alla riduzione delle esternalizzazioni soprattutto per quanto riguarda il recupero e riabilitazione funzionale, la pediatria e parte dell'area internistica di Villafranca. Resta critica la situazione dei pronto soccorsi per i quali non si riesce a reclutare personale dipendente sia a tempo determinato che indeterminato. Si deve inoltre precisare che il reclutamento di personale dipendente riguarda per la maggior parte specializzandi che oltre a rappresentare un fte inferiore all'unità non possono garantire tutti gli ambiti di autonomia dei colleghi già specialisti.

- Il potenziamento dell'area territoriale, in particolare con la previsione di assunzione dei dirigenti medici necessari al completamento degli organici delle UOC Cure Primarie delle varie sedi distrettuali, al fine di assicurare anche la piena funzionalità delle strutture intermedie già attivate o in fase di attivazione, nonché del personale del comparto necessario a garantire l'operatività di tali strutture, che comporteranno il reclutamento a regime di 130,5 fte di personale infermieristico, 5 fte di personale della riabilitazione e 116 fte di personale OSS.

Per quanto riguarda l'attivazione delle case della comunità e delle strutture intermedie, alcune delle quali fanno parte della Missione 6 del PNRR, è stata prevista la modalità gestionale diretta con le tempistiche sotto riportate. Si precisa che sono già stati attivati contatti con Enti Pubblici del territorio di interesse laddove non si riuscisse a reclutare il personale necessario all'attivazione delle strutture dislocate in particolari ambiti disagiati (es. Malcesine, Isola della Scala e Caprino) per eventuali convenzioni finalizzate alla loro gestione. Ad oggi solo per la sede di Malcesine si è avuto riscontro positivo.

- Ospedale di Comunità di Malcesine: primo trimestre 2026;
- Ospedale di Comunità di Bussolengo: primo trimestre 2026;
- 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 Valeggio Sul Mincio: primo trimestre 2026 - ripristino completa capacità ricettiva;
- Hospice di Bovolone: è stata richiesta autorizzazione alla realizzazione;
- Casa della Comunità Hub "Via Poloni Verona": secondo trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Via Campania": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Via del Capitel": terzo trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Marzana": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "San Giovanni Lupatoto": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Montecchia di Crosara": quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "San Bonifacio": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Cologna Veneta": quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Cognola ai Colli": terzo trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Tregnago": quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Nogara": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Zevio": quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Cerea": secondo trimestre 2025;
- Casa della Comunità Spoke "Bovolone": primo trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Legnago": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Caprino": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Valeggio sul Mincio": quarto trimestre 2025;
- Casa della Comunità Hub "Bussolengo": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Villafranca": primo trimestre 2026;
- Casa della Comunità Hub "Isola della Scala": primo trimestre 2026;

Si precisa inoltre che gli standard di personale applicati agli ODC sono quelli previsti nella DGR 2718/2012.

Alla luce delle autorizzazioni extra turn over valorizzate e delle autorizzazioni per gestione diretta previste (o cambio modalità di gestione di nuovi servizi e attività) il costo del personale anno 2026 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. Il personale per il quale è cronica la difficoltà di reclutamento è stato previsto nel piano 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 2027 e 2028.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive della Dirigenza, nel 2025 sono state indicate le prestazioni previste per carenza di personale, quelle per attività di Pronto Soccorso e per recupero delle liste di attesa. Sul punto sono intervenute le linee guida Regionali approvate con DGRV n. 280/2024 che hanno, tra l'altro, definito in euro 100,00 l'importo previsto per tutte le prestazioni di che trattasi.

Anche per il 2026 e per gli anni successivi sono state previste le prestazioni aggiuntive per le finalità di cui sopra.

Per quanto riguarda il comparto sono intervenute la DGRV n. 441/2024 e n.1210/2024 che hanno fissato in euro 50,00 l'importo previsto per le prestazioni dirette a fronteggiare carenza di organico e recupero liste di attesa nonché il nuovo CCNL 27/10/2025 del Comparto Sanità che ha previsto contrattualmente l'istituto.

Per il recupero delle liste di attesa per intervento di cataratta, nel 2025 sono stati stanziati specifici fondi, che hanno così permesso di dare positiva risposta agli obiettivi stabiliti in tale ambito.

Programmi Di Sviluppo Aziendale Nel Triennio

In considerazione dell'ammontare del tetto per il personale dipendente assegnato non risulta possibile implementare le dotazioni complessive già previste. Le priorità, in questo momento, risultano legate

all'attivazione delle nuove Case della Comunità e Ospedali di Comunità a favore dei quali sarà rivolto lo sforzo assunzionale nell'immediato futuro.

Tuttavia la situazione delle dotazioni previste per alcune aree aziendali, che presentano significative disomogeneità territoriali, necessita certamente di una rivisitazione organizzativa ma anche di una probabile implementazione di risorse da definire successivamente.

Nel corso del 2026 l'Azienda procederà, compatibilmente con le autorizzazioni ricevute dalla Regione, con la gestione internalizzata di alcune attività che negli anni precedenti sono state invece assicurate mediante il ricorso ad appalti con fornitori esterni. Per tali attività, si procederà all'integrazione, in corso d'anno, del piano triennale. Nello specifico si tratta di:

- Ufficio Agende del Cup, a seguito di indicazioni CRITE del 17/02/2025 comunicate con nota prot. n. 142030 del 19/03/2025, che suggeriscono la gestione del servizio agende preferibilmente con personale dipendente.
- Servizio psicologico presso UOC Disabilità e non Autosufficienza del Distretto 1-2
- Servizio psicologico presso UOC IAF Distretto 4

Nel corso del 2025, a causa di alcune vicende legali che non hanno consentito la prosecuzione in esternalizzazione della gestione di alcune attività socio-sanitarie, si è proceduto con la presa in carico delle stesse ed è in corso la ricerca delle ulteriori figure da assumere per la gestione interna dell'attività. In particolare l'attività riguarda l'assistenza psicologica presso l'UOC Disabilità e non Autosufficienza del Distretto 1 e 2 e la UOC IAF del Distretto 4.

- Servizio psicologico presso Disabilità e non Autosufficienza Distretto 4. E' stato inoltre previsto di gestire con personale dipendente l'assistenza psicologica presso l'UOC Disabilità e non Autosufficienza del Distretto 4, fino a settembre 2025 assicurata tramite gestione esternalizzata.
- A partire dal 2026 sarà gestito con fondi di bilancio il Centro provinciale FARO. Trattasi di attività nell'ambito dei programmi specifici di prevenzione assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abuso sessuale e grave maltrattamento. Si tratta di una equipe specialistica provinciale attiva già dal 2002. Fino ad oggi l'attività è stata finanziata con specifica progettualità che ha consentito la gestione attraverso il reclutamento di psicologi libero professionisti. Alla luce del recente inserimento dell'attività nell'ambito dei LEA è possibile dare stabilità all'attività attraverso il reclutamento di personale dipendente.

Inoltre si prevede di intervenire sul Servizio di centralino unico gestione trasporti non urgenti. Nell'ambito della logistica sanitaria non urgente l'attività del centralino unico è di fondamentale importanza per assicurare la massima efficienza nella risposta ai bisogni assicurando così la piena efficienza nella complessa catena dell'assistenza ai soggetti per i quali il trasporto è richiesto. Tale servizio riceve, valuta, pianifica e coordina tutti i trasporti sanitari programmabili, assicurando che avvengano in modo efficiente e sicuro e si ritiene opportuno che tale attività sia gestita all'interno dell'azienda. Attualmente il servizio è garantito da Croce Verde nell'ambito di un accordo di partenariato approvato con deliberazione n. 814 del 16/08/2022.

L'istituzione di una CUT interna per la gestione, programmazione e controllo dei trasporti sanitari si pone come obiettivi specifici la standardizzare della presa in carico, l'applicazione di criteri uniformi di appropriatezza, il miglioramento, la tempestività e l'efficienza del servizio, la riduzione dei tempi improduttivi e il miglioramento della qualità dei dati, il monitoraggio diretto del servizio con il confronto costruttivo con i prescrittori.

La gestione aziendale consentirà, infatti:

- - il controllo diretto dell'appropriatezza prescrittiva;
- - il governo centralizzato dell'assegnazione dei mezzi;
- - la selezione e riprogrammazione dei trasporti non prioritari nei picchi;
- - l'ottimizzazione della ripartizione tra enti appaltatori;
- - la tracciabilità completa.

I benefici attesi dalla gestione aziendale sono di molteplice natura:

- Benefici gestionali:
 - rafforzamento della governance del processo di trasporto attraverso una gestione centralizzata e uniforme;
 - disponibilità diretta di dati per analisi, monitoraggio e programmazione aziendale;
 - possibilità di condividere il monitoraggio dei dati con i prescrittori agendo per un miglioramento.
- Benefici clinico-assistenziali:
 - miglioramento della capacità di gestire i picchi di attività e di riprogrammare i trasporti non prioritari; contenimento dei ritardi/rinvii dei servizi legati a programmazione, assegnazione mezzi e gestione delle priorità;
 - maggiore rispetto dell'esecuzione dei percorsi diagnostico-terapeutici che richiedono trasporto
- Benefici economici:
 - riduzione dei costi correlati all'inappropriatezza prescrittiva e ai servizi non necessari;
 - utilizzo più efficiente dei servizi erogati dagli enti appaltatori, basato su criteri misurabili;
 - diminuzione dei chilometri improduttivi e ottimizzazione dei cicli di trasporto.

Esternalizzazioni

Nel PTFP sono state previste 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 2026 e anni successivi.

Le esternalizzazioni già in essere sono relative a:

- Attività amministrativa e varia presso gli sportelli distrettuali;
- Esternalizzazione attività di accettazione ospedaliera;
- Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI;
- Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza;
- Servizio di refertazione Pap-Test per conto dell'UOC Anatomia Patologica Ospedale di San Bonifacio;
- Esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiológica, pronto soccorso, pediatria, ginecologia, riabilitazione e area internistica Villafranca.

Nel 2025 era stata prevista l'attivazione della seguente esternalizzazione che non si è realizzata e che non viene riproposta per il 2026:

- Servizio di contact center per screening PFAS nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione: Nel 2025 era stata inoltre prevista l'attivazione della seguenti esternalizzazioni che non si sono realizzate e che vengono invece riproposte per il 2026, presentando alcune modifiche:
- Servizio trasporti pazienti e materiali presso gli ospedali di Villafranca e Legnago nell'ambito della Funzione Ospedaliera: Trattasi del servizio che garantisce il trasporto dei pazienti all'interno dell'Ospedale in relazione alle esigenze di consulenze, esami diagnostici o attività operatoria e di ricovero. Inoltre garantisce il trasporto di materiali biologici. L'esternalizzazione riproposta può meglio garantire, rispetto alla gestione diretta, una corretta proporzione tra le esigenze di trasporto e numero di persone impegnate in tale attività in funzione di eventuali modifiche di percorsi o di attività (ad esempio per attività di ristrutturazione). L'esternalizzazione proposta consentirebbe, inoltre, di reintegrare gli OSS nelle attività di assistenza diretta al paziente, in linea con il loro profilo professionale migliorando così la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.
- Servizio di decontaminazione e sterilizzazione presso Ospedale di Villafranca: L'esternalizzazione qui riproposta consentirebbe di allineare questo Presidio con gli standard degli altri Presidi, ed inoltre di reintegrare gli infermieri e operatori socio sanitari nelle attività di assistenza diretta al paziente, in linea con il loro profilo professionale, migliorando così la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria;

- Servizio di front office dei Distretti nell'ambito della Direzione Amministrativa del Territorio: viene riproposto solamente per Isola della Scala (precedentemente anche per Negrar, Domegliara, Bardolino): Tale esternalizzazione, unitamente al trasferimento del personale attualmente in servizio presso la sede di Villafranca, consentirà una riduzione complessiva dei costi aziendali.
- Completamento della gestione esternalizzata del CERRIS, comprendente anche l'assistenza infermieristica della struttura di via Monte Novegno: Per il servizio riproposto in esternalizzazione, si prevede di ampliare l'esternalizzazione al personale infermieristico, consistente in otto unità, al fine di uniformare la gestione della struttura secondo le indicazioni vigenti.

Non viene invece riproposta per il 2026 la seguente esternalizzazione precedentemente presentata:

- Segreterie di reparto Anatomia Patologica di San Bonifacio e Legnago, Radiologia, sportello prenotazioni e casse dell'Ospedale di Villafranca, segreteria radiologia ospedale di Legnago, front office fisiopatologia respiratoria del dipartimento internistico di Legnago nell'ambito della Direzione Amministrativa di Ospedale.

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 2025 a tutto il 2026 e anni successivi sulla base del trend registrato negli anni scorsi.

Per il 2026 è stata prevista altresì l'attivazione di nuovi incarichi di lavoro autonomo necessari a garantire il funzionamento degli ospedali di comunità che si stanno attivando. Tali incarichi potranno essere conferiti nelle more dell'espletamento delle procedure selettive necessarie al reclutamento di personale dipendente, o qualora dalle medesime procedure non risultasse possibile disporre di medici in numero sufficiente a garantire la copertura dei posti previsti.

Si rileva inoltre che, a seguito dell'adozione delle deliberazioni regionali n. 106 del 12/02/2024 e successiva n. 580 del 27/05/2024, con le quali sono state definite le tariffe orarie massime di riferimento degli incarichi di lavoro autonomo, si è reso necessario, già nel 2025, un adeguamento delle tariffe previste per i nuovi incarichi attivati in corso d'anno, tenuto conto anche della disponibilità sul mercato di specialisti nelle discipline ricercate.

Per quanto riguarda l'abbattimento delle liste d'attesa, la Regione Veneto, con proprie deliberazioni, l'ultima adottata in data 05/03/2025, n. 206, in continuità a quanto disposto negli anni precedenti, ha confermato anche per l'anno 2025, al fine del proseguimento della riduzione delle liste d'attesa, la possibilità per le Aziende di ricorrere, quale strumento derogatorio rispetto alle procedure ordinarie, a contratti di lavoro autonomo confermando altresì le remunerazioni orarie omnicomprensive da corrispondere ai professionisti (quantificate in € 100/h per i medici in possesso dei requisiti previsti per l'accesso alla dirigenza e € 40/h per i medici in formazione specialistica).

Nel corso del 2025 l'Azienda, ricorrendo alle graduatorie messe a disposizione da Azienda Zero, che è stata incaricata dalla Regione Veneto di espletare le relative procedure selettive, ha attivato complessivamente n. 12 incarichi finalizzati all'abbattimento delle liste d'attesa, che si prevede proseguiranno anche per il 2026.

Per effetto di quanto sopra espresso, si evidenzia pertanto un aumento nel 2026 della previsione di spesa relativa agli incarichi di lavoro autonomo, rispetto alla spesa sostenuta nel 2025.

Gli incarichi libero professionali relativi ai veterinari riguardano invece prestazioni legate alle attività del D.Lgs. 32/2021 che sono oggetto di finanziamento specifico in quanto tariffati alle Aziende che usufruiscono del servizio.

Per quanto riguarda la somministrazione nel 2025 non si è ricorso a tale tipologia di reclutamento e non si prevede di attivare contratti di somministrazione per il 2026 e successivi.

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

Le Consulenze ex art. 91 del CCNL 23/01/2024 comma 2 (sostitutivo 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 trasfusionale, Epatologia per Gastroenterologia PO di San Bonifacio, Ortopedia con accessi presso Ospedale di San Bonifacio e punti distrettuali distretto 1 e 2 finalizzata alla riduzione delle liste di attesa.

In merito agli incarichi ex art. 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001 indicati in colonna P della tabella A, gli stessi fanno riferimento ai seguenti progetti/attività, per i quali è previsto specifico finanziamento:

1. Progetto territoriale Veneto Adozioni
2. Equipe specialistica provinciale "Il Faro"
3. Progetto "Cura dei soggetti con disturbo dello spettro autistico"
4. Progetto GAP
5. Progetto "Fondo Alzheimer e demenze"
6. Incarichi di lavoro autonomo del dipartimento di prevenzione

Si precisa che, essendo le attività progettuali afferenti all'area delle dipendenze e dei consultori familiari (PTVA) sopra indicate, generalmente rifinanziate di anno in anno, nella programmazione 2026 – 2028 si è ipotizzata la prosecuzione dei relativi contratti per le intere annualità, determinando la spesa presunta sulla base degli importi impegnati per l'anno 2025.

Dotazione organica

La dotazione organica per il 2026, viene espressa in numero di teste e viene soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza.

- La dotazione evidenziata tiene conto di quanto previsto nell'Atto Aziendale, del nuovo assetto territoriale e ospedaliero 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;
- congelamento dei posti legati 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 DGR 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 gestione diretta di alcuni servizi;
- incrementi per nuovi Lea attività "Faro" e per potenziamento Cure Palliative e Servizi Dipendenze
- ricognizione delle dotazioni organiche del Personale dedicato ad attività a carico del Sociale e del Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali come definite da atti di intesa ai sensi della L.R. 9/2024 avente ad oggetto "Assetto organizzativo e pianificatorio degli interventi e dei servizi sociali" e relativi provvedimenti attuativi, .

Formazione del personale

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 2026, adottato con deliberazione n. 1625 del 16/12/2025 è consultabile sul sito aziendale alla pagina https://www.aulss9.veneto.it/index.cfm?method=mys.page&content_id=308, comprende complessivamente n. 347 corsi di formazione con edizioni, suddivisi per aree tematiche ed organizzative che riguardano i seguenti ambiti formativi regionali di cui al decreto n. 158 del 24.10.2025:

- Modelli innovativi di presa in carico e governo dell'assistenza
- Innovazioni nel governo delle risorse umane
- Tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità
- Salute mentale e budget salute
- Gestione della cronicità
- Innovazione digitale nella Regione del Veneto
- Sicurezza delle cure
- Salute della donna e del bambino
- Gestione malattie infettive: prevenzione, sorveglianza e controllo
- One health: l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale
- Implementazione regionale del FSE 2.0

AREA	N. PROPOSTE	N-PARTECIPANTI DA FORMARE
AMMINISTRATIVA	16	1137
SICUREZZA	16	6714
PRIVACY/INNOVAZIONE/ANTICORRUZIONE	10	10300
RISK MANAGEMENT	8	197
BENESSERE	21	877
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	12	425
DIPARTIMENTO DIPENDENZE	10	465
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE	9	265
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	19	642
RIABILITAZIONE	15	784
OSPEDALE/DIPARTIMENTI	158	4931
DIREZIONE FUNZIONE TERRITORIALE	53	2192
TOTALE	347	

I percorsi formativi inseriti nel Piano formativo aziendale ottemperano in parte anche agli obblighi formativi esplicitati nella circolare n. 5 del 14/01/2025 della Presidenza del Consiglio dei Ministri nello specifico:

- sviluppo delle competenze per la transizione amministrativa
- competenze per la transizione digitale
- competenze in materia di Etica, Inclusione, Parità di genere e contrasto alla violenza, Privacy, prevenzione della corruzione, salute e sicurezza dei luoghi di lavoro, trasparenza e integrità

In tema di Cybersicurezza l'Azienda ULSS 9 Scaligera ha avviato un programma di formazione obbligatoria per favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze in Risposta al crescente livello di sofisticazione degli attacchi informatici che minacciano la Protezione dei dati personali e aziendali.

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 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 anche attraverso percorsi formativi individuati nelle aree strategiche del PNRR.

Dal 2021 l'Azienda si avvale della piattaforma Syllabus messa a disposizione dal Dipartimento della funzione pubblica per la formazione del proprio personale per lo sviluppo di conoscenze, abilità e competenze tecniche su aree tematiche previste dalle direttive della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2023, 28 novembre e n. 5 del 14 gennaio 2025.

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 indica

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

Nell'ambito delle Azioni Positive particolare importanza viene data alle azioni tese a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica.

Si sottolinea che nell'ULSS 9 la presenza femminile è preponderante in quasi tutti i profili.

Il Comitato Unico di Garanzia collabora con gli altri soggetti dell'Azienda ULSS9 Scaligera per assicurare nell'ambito lavorativo parità e pari opportunità prevenendo e contrastando ogni forma di violenza fisica e psicologica, di molestia e di discriminazione.

All'interno delle competenze che lo contraddistinguono si possono identificare alcune progettualità che costituiscono il Piano delle Azioni positive Aziendale.

In particolare, si riportano le seguenti iniziative:

- spazio informativo dedicato sulla intranet (area riservata) di tutte le facilitazioni ottenibili, talvolta poco note, nell'ambito della conciliazione vita-lavoro dedicato a:
 - Giovani mamme dipendenti dell'ULSS
 - Dipendenti con genitori anziani.
- comunicazione tramite gli strumenti aziendali dell'attività del CUG (intranet, bacheca aziendale, indirizzo email per richieste al CUG)

Il CUG ha programmato anche di avviare interlocuzioni con i CRAL (Centri ricreativi Aziendali) per uniformare le agevolazioni che questi offrono ai dipendenti nell'accesso ai servizi e benefit, in particolare per l'infanzia, il benessere motorio ed eventuali altre scontistiche.

Infine nell'ambito del Piano delle Azioni positive, con il continuo confronto tra Risorse Umane, Formazione e CUG, l'azienda prevede di diffondere ad ogni livello ed incentivare, anche attraverso il coinvolgimento dei Direttori/Responsabili, la partecipazione dei dipendenti al percorso base di "RiForma Mentis" - Syllabus, nel quale si affrontano tematiche critiche come Le molestie sul luogo di lavoro, le strategie organizzative ed individuali per contrastare le molestie.

Allo stesso modo sarà diffusa e incentivata la partecipazione al modulo Syllabus "La cultura del rispetto" volto ad accrescere la cultura del rispetto della persona e la valorizzazione delle diversità di genere, di ruolo e di professione.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

Monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico

All'interno del PIAO, la Creazione di Valore Pubblico rappresenta la finalità ultima dell'azione amministrativa ed è intesa come miglioramento misurabile delle condizioni economiche, sociali e ambientali della collettività e degli stakeholder di riferimento.

Il monitoraggio della Creazione di Valore Pubblico si configura pertanto come componente essenziale del ciclo della performance e come strumento di raccordo tra programmazione, gestione, controllo e rendicontazione.

Il monitoraggio integrato del livello di attuazione del PIAO rappresenta un elemento fondamentale per il controllo di gestione nell'amministrazione. Secondo l'articolo 6 del D.lgs. n. 150/2009, gli organi di indirizzo politico-amministrativo, con il supporto dei dirigenti, sono tenuti a verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi e, ove necessario, a proporre interventi correttivi. Il processo di monitoraggio fa parte del più ampio processo di Pianificazione, Programmazione e Controllo, che mira a tradurre la strategia dell'amministrazione in azioni operative, attraverso la definizione e l'assegnazione di obiettivi gestionali, risorse umane e finanziarie (budget).

Ambito e oggetto del monitoraggio

Il monitoraggio riguarda l'insieme degli obiettivi e delle azioni del PIAO che concorrono alla Creazione di Valore Pubblico, con particolare riferimento a:

- obiettivi strategici pluriennali collegati alle missioni istituzionali dell'Ente;
- obiettivi operativi annuali e progetti, inclusi quelli relativi al miglioramento dei servizi, alla digitalizzazione, alla semplificazione amministrativa e alla sostenibilità;
- indicatori di input, output, outcome e, ove possibile, di impatto;
- utilizzo delle risorse umane, finanziarie e strumentali in coerenza con i risultati attesi;
- integrazione con il sistema di prevenzione della corruzione, la trasparenza e i controlli interni.

L'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso il gruppo di Lavoro espressamente individuato con DDG n. 427 del 28 aprile 2022, procede al monitoraggio infrannuale e consuntivo dei contenuti programmatici del PIAO. In questo senso giova la tempistica prevista dalla DGR 1717/2022, 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 sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance", a cura del Controllo di Gestione, avviene 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", effettuato dal responsabile RPCT, secondo le indicazioni di ANAC. In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale da OIV/Nucleo di valutazione.

L'attività è stata svolta da ogni unità operativa afferente all'area di interesse, con il coinvolgimento degli attori principali seguendo il relativo percorso durante tutto il 2025, facendo tesoro dei risultati monitorati per la programmazione strategica del 2026.

Le varie aree sono state misurate seguendo le diverse metodologie di supervisione e controllo:

- Il monitoraggio del Valore Pubblico è effettuato attraverso la rilevazione sistematica di indicatori di outcome e di impatto, finalizzati a misurare i benefici prodotti dalle politiche e dai servizi dell'Ente sulla collettività e sul territorio. Le verifiche periodiche, effettuate tramite gli indicatori BES, il vincolo economico e la soddisfazione pazienti consentono di valutare l'efficacia dell'azione amministrativa, individuare eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati e adottare azioni correttive, in un'ottica di miglioramento continuo e di trasparenza.
- Il monitoraggio delle azioni di digitalizzazione e semplificazione è effettuato mediante la rilevazione sistematica di indicatori relativi allo stato di avanzamento dei progetti digitali, al livello di digitalizzazione dei procedimenti e alla riduzione degli oneri amministrativi. Le verifiche periodiche consentono di valutare l'efficacia degli interventi, individuare eventuali criticità e adottare misure correttive, in coerenza con la programmazione ed i dettami espressi da AGID e gli obiettivi del PNRR.
- Il monitoraggio della Performance è effettuato in modo sistematico e continuativo, attraverso la rilevazione periodica degli indicatori associati agli obiettivi strategici e operativi. Le verifiche consentono di valutare lo stato di avanzamento delle azioni programmate, individuare eventuali scostamenti e adottare tempestivamente misure correttive, garantendo la coerenza

con gli indirizzi strategici dell'Ente e con le risorse disponibili. Il monitoraggio è stato eseguito tramite la relazione sulla Performance e sistemi di indicatori esterni (PNE e Sant'Anna).

- Il monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza costituiscono obiettivi strategici dell'Ente; è effettuato in modo sistematico dal RPCT, attraverso la verifica dell'attuazione delle misure previste e l'analisi dei processi a maggiore rischio, al fine di garantire legalità, integrità e corretto funzionamento dell'azione amministrativa. E' stato effettuato tramite il Controllo primario di linea e gestione del SCI e Gestione Rischi
- Il monitoraggio della sezione Organizzazione e Capitale Umano è effettuato mediante la rilevazione sistematica di indicatori relativi all'assetto organizzativo, alla gestione e allo sviluppo del personale, al benessere organizzativo e alle pari opportunità, in virtù anche del Piano triennale del Fabbisogno del Personale utile alla programmazione organizzativa dell'Ente. Le verifiche periodiche consentono di valutare l'adeguatezza delle risorse umane rispetto agli obiettivi dell'Ente e di adottare eventuali misure correttive, in coerenza con il ciclo della performance e con gli indirizzi strategici.
- Il monitoraggio del Piano formativo è effettuato attraverso la rilevazione periodica dello stato di attuazione delle attività previste, dei livelli di partecipazione del personale e dell'efficacia degli interventi formativi in relazione ai fabbisogni organizzativi e agli obiettivi del PIAO. Le verifiche consentono di valutare la coerenza della formazione con le strategie dell'Ente e di adottare eventuali azioni correttive, in un'ottica di miglioramento continuo delle competenze.

Utilizzo dei risultati e miglioramento continuo

I risultati del monitoraggio:

- alimentano i processi di aggiornamento e revisione del PIAO, anche in corso d'esercizio;
- supportano il miglioramento dei processi decisionali, organizzativi e dei servizi;
- confluiscono nella rendicontazione della performance e nei documenti di trasparenza;

Attraverso un sistema di monitoraggio strutturato, coerente e orientato ai risultati, l'Ente assicura il presidio della Creazione di Valore Pubblico, rafforzando la qualità dell'azione amministrativa, la trasparenza e la responsabilità nei confronti dei cittadini.

f.to il Direttore Generale

Dott.ssa Patrizia Benini

ULSS 9 "SCALIGERA" - SCHEDA ANAGRAFICA

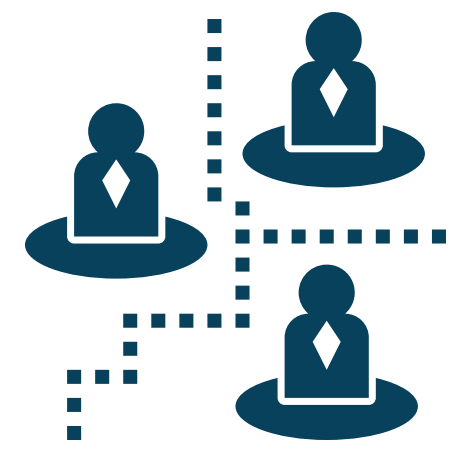
SEDE LEGALE
CODICE FISCALE
PEC
SITO WEB
DIRETTORE GENERALE

Via Valverde, 24 - Verona
 02573090236
protocollo.aulss9@pecveneto.it
<https://www.aulss9.azero.veneto.it/>
 dott.ssa Patrizia Benini



COMUNI

98



DISTRETTI

4



POPOLAZIONE E TERRITORIO - INDICATORI DEMOGRAFICI

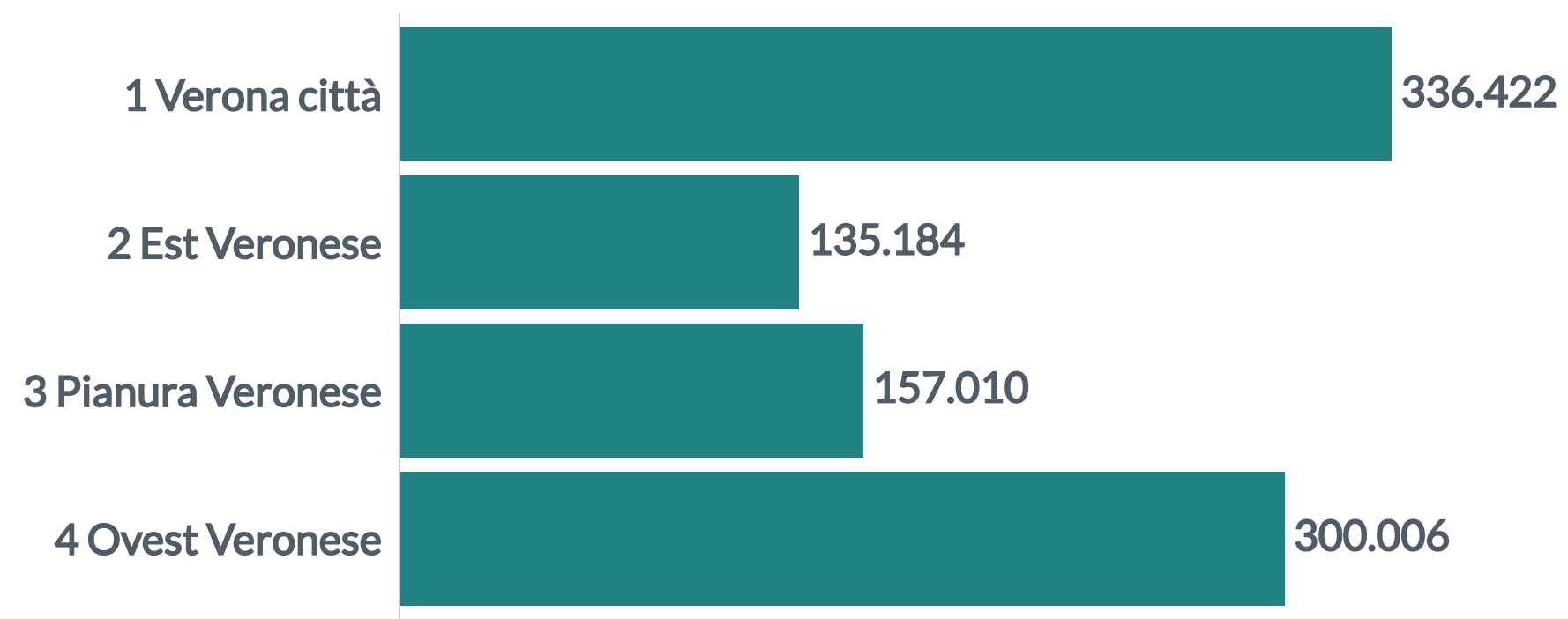
Fonte dati: ISTAT

Periodo di analisi: Popolazione al 01/01/2025

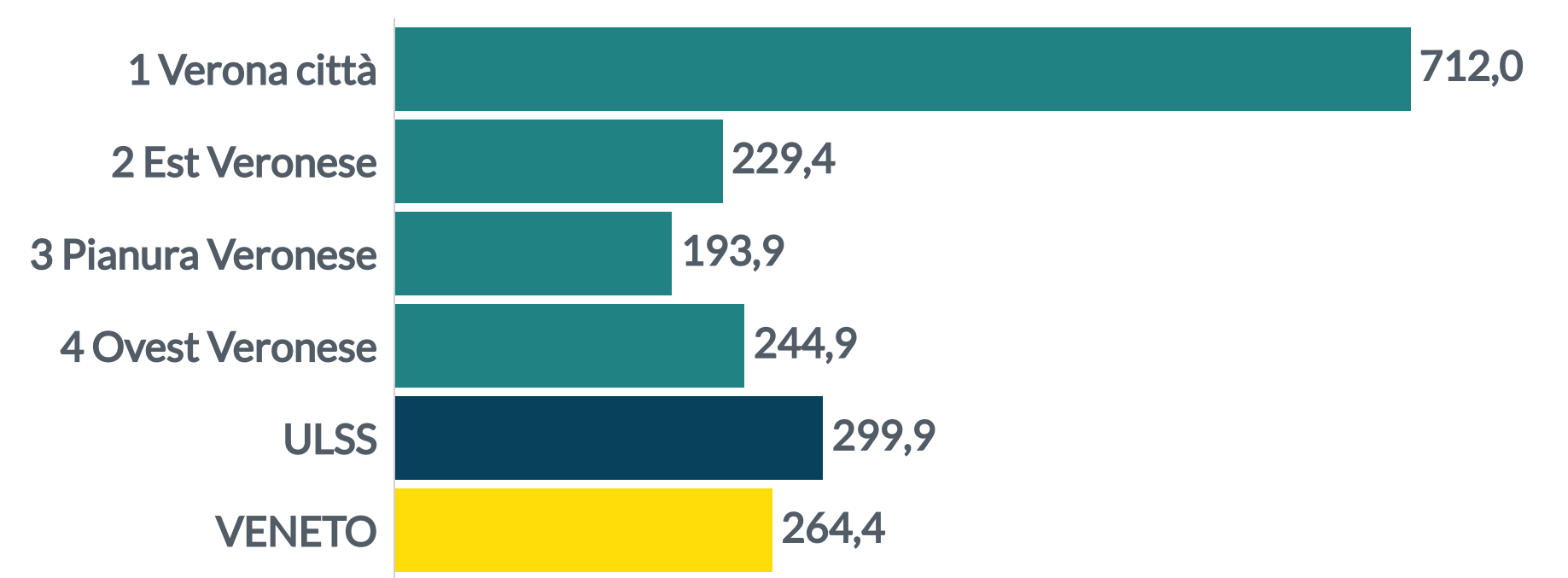


RESIDENTI IN ULSS

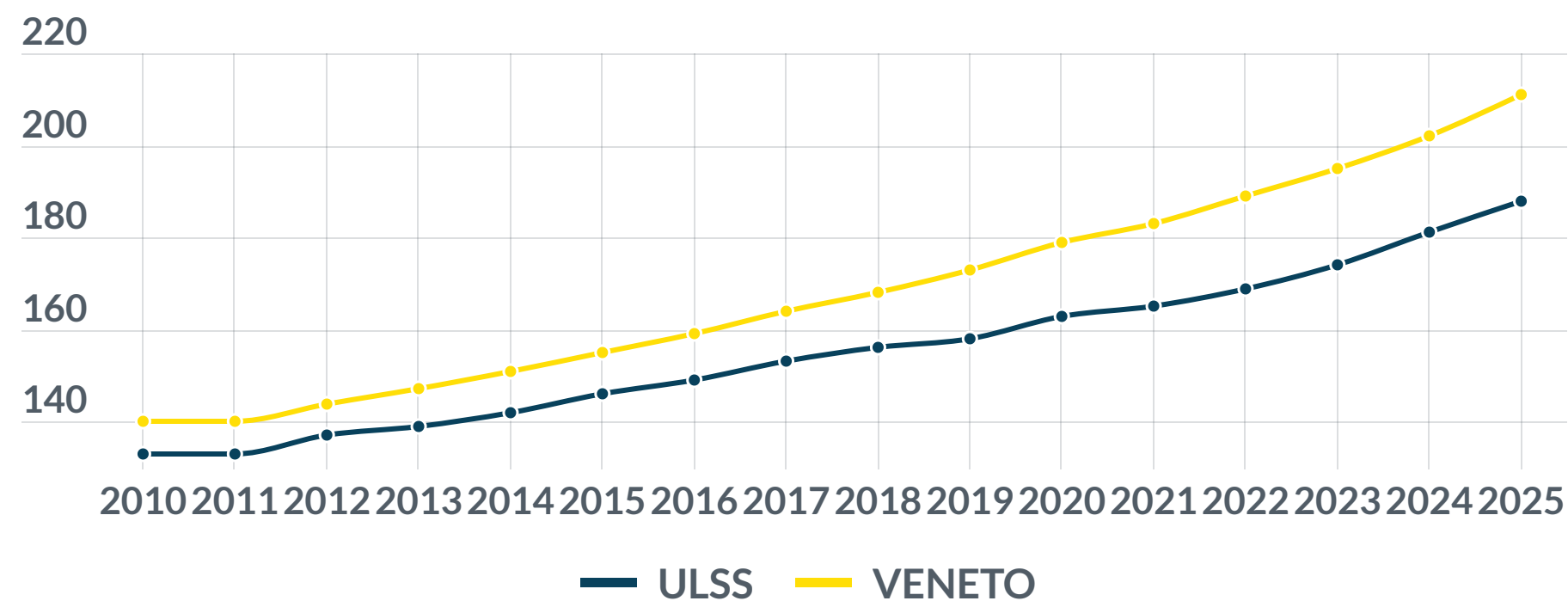
Numero di residenti, per distretto



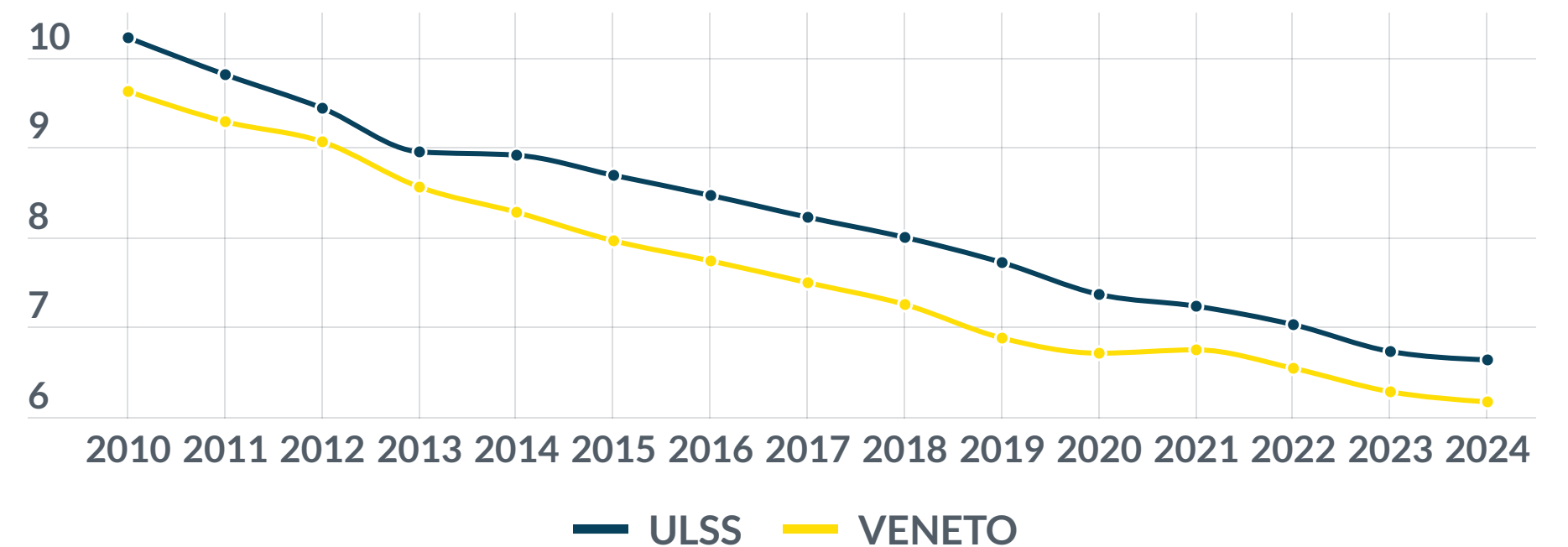
Densità abitativa (residenti/kmq)



Indice di vecchiaia



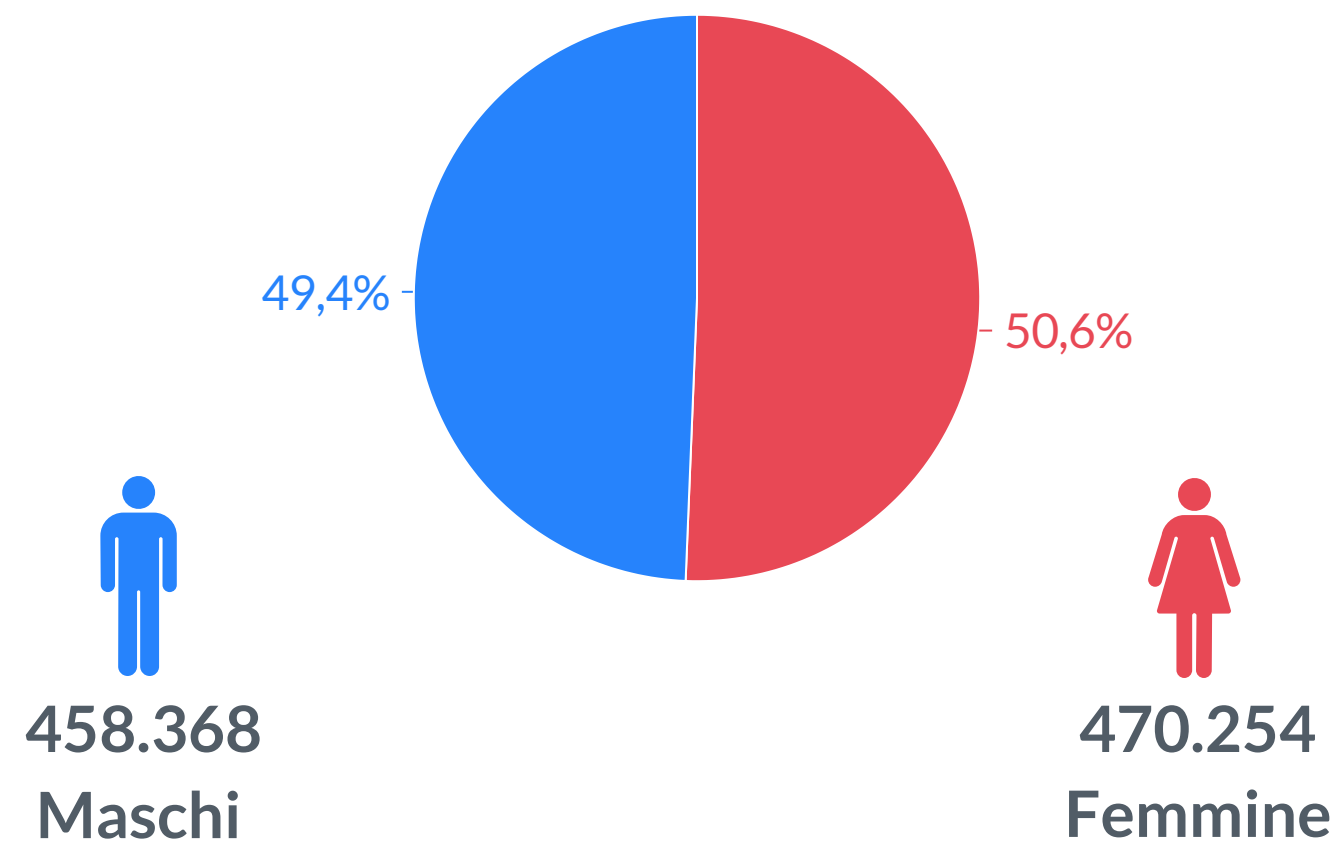
Indice di natalità



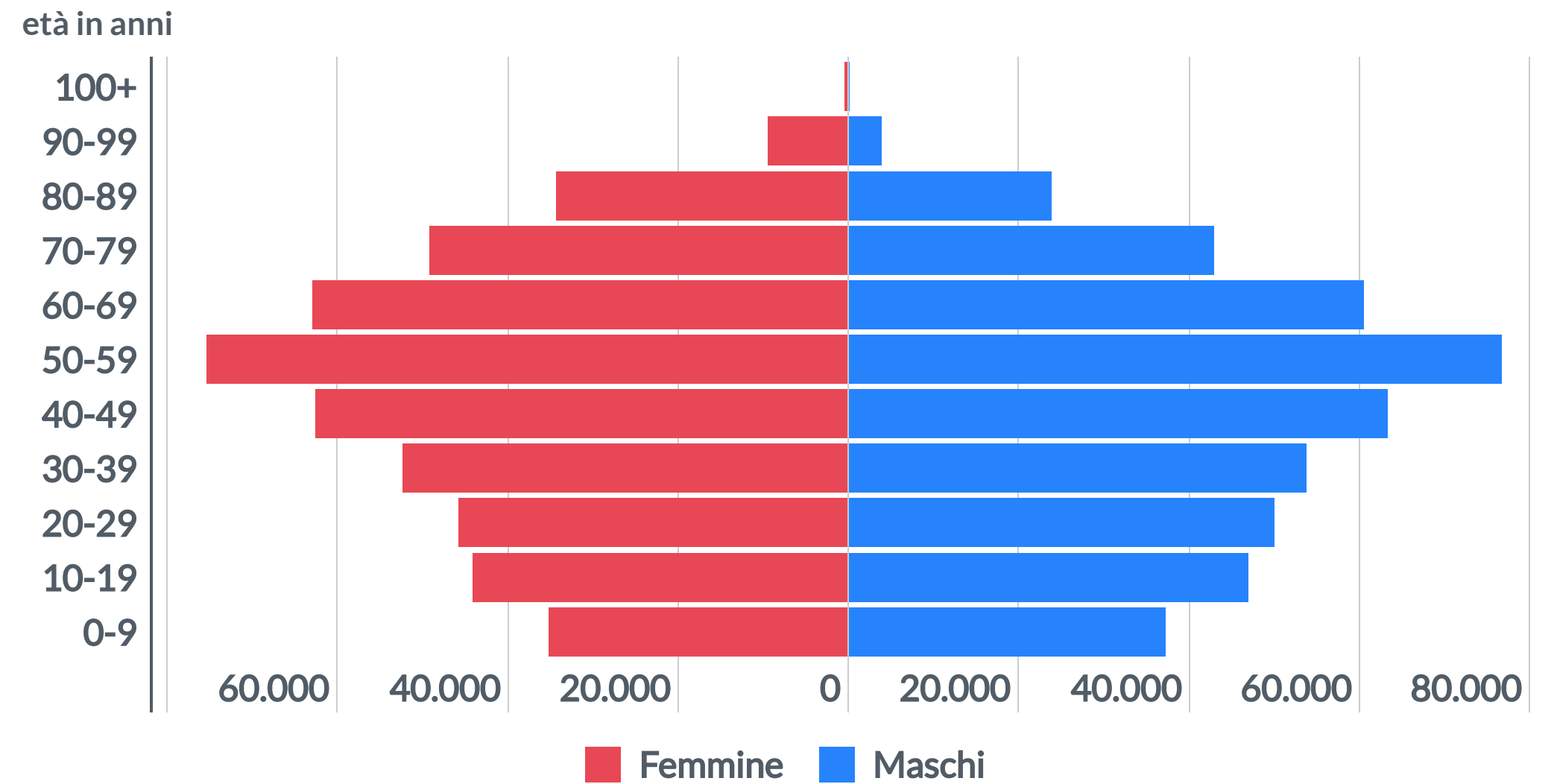
Fonte dati: ISTAT

Periodo di analisi: Popolazione al 01/01/2025

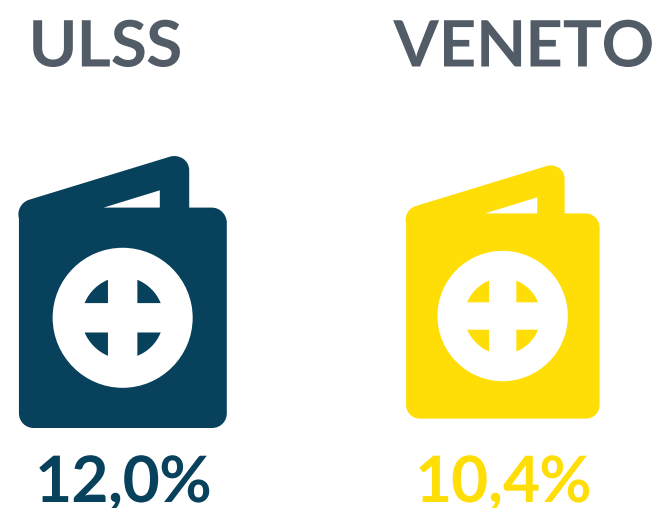
Distribuzione della popolazione residente, per sesso



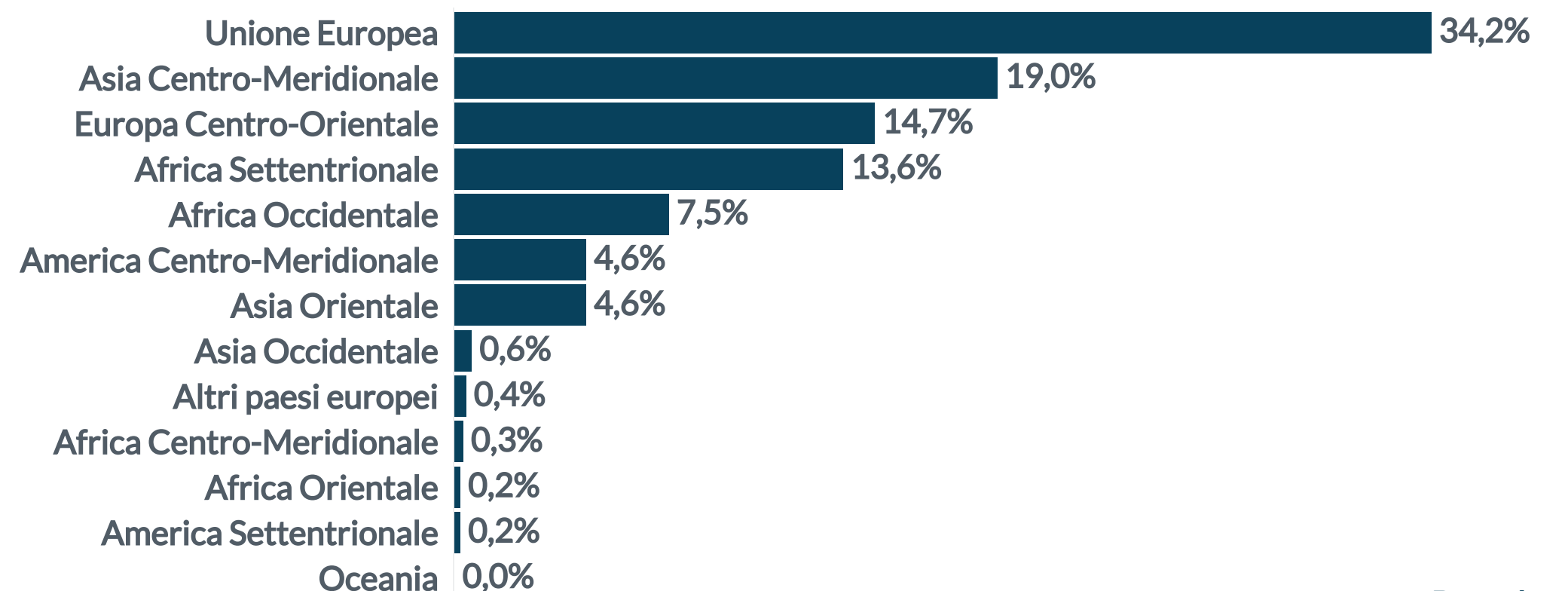
Popolazione residente, per sesso e classi di età



Proporzione (%) di residenti stranieri



Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine



POPOLAZIONE - ESENZIONI PER PATOLOGIA

Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale

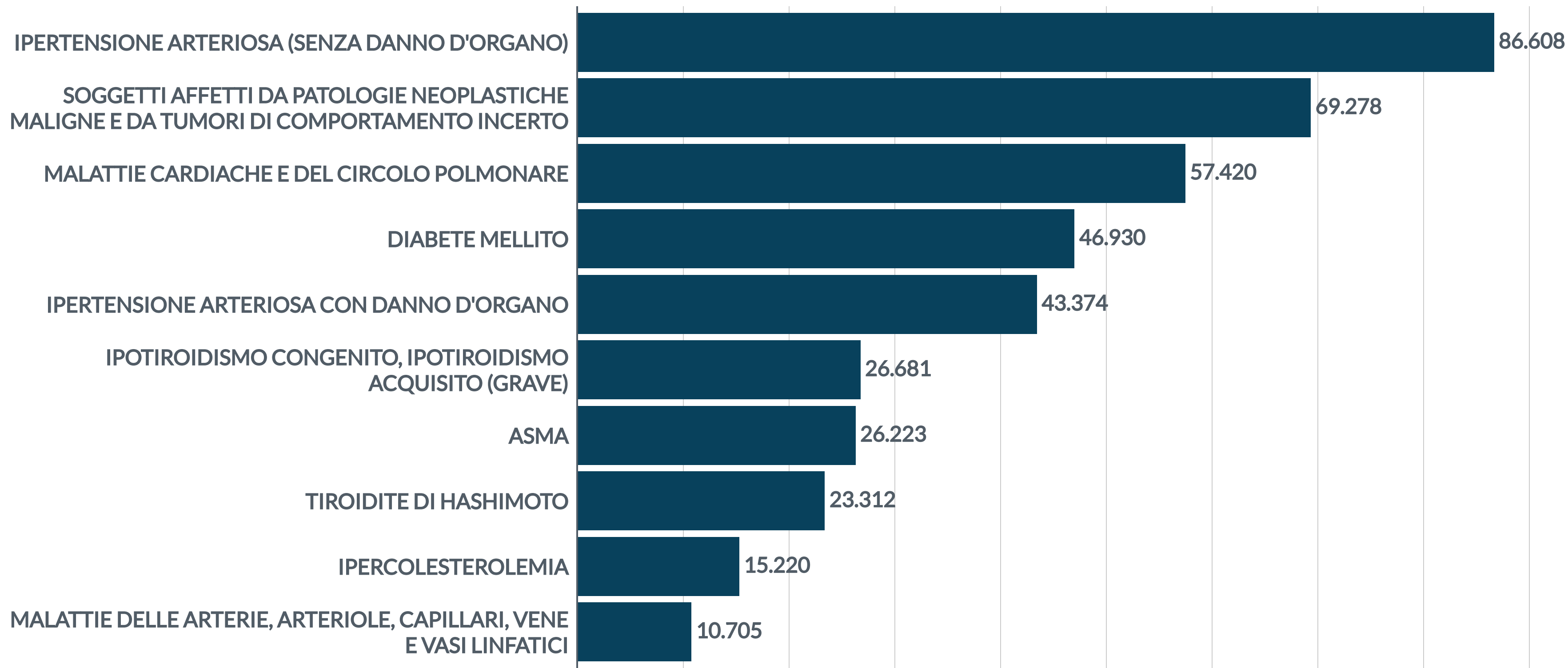
Periodo di analisi: Anno 2025



519.245

ESENZIONI ATTIVE PER PATOLOGIA

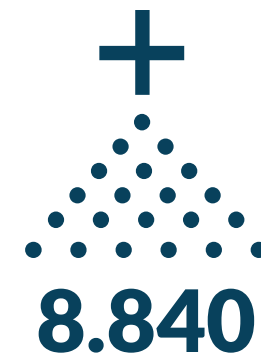
Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)



[Download Data](#)

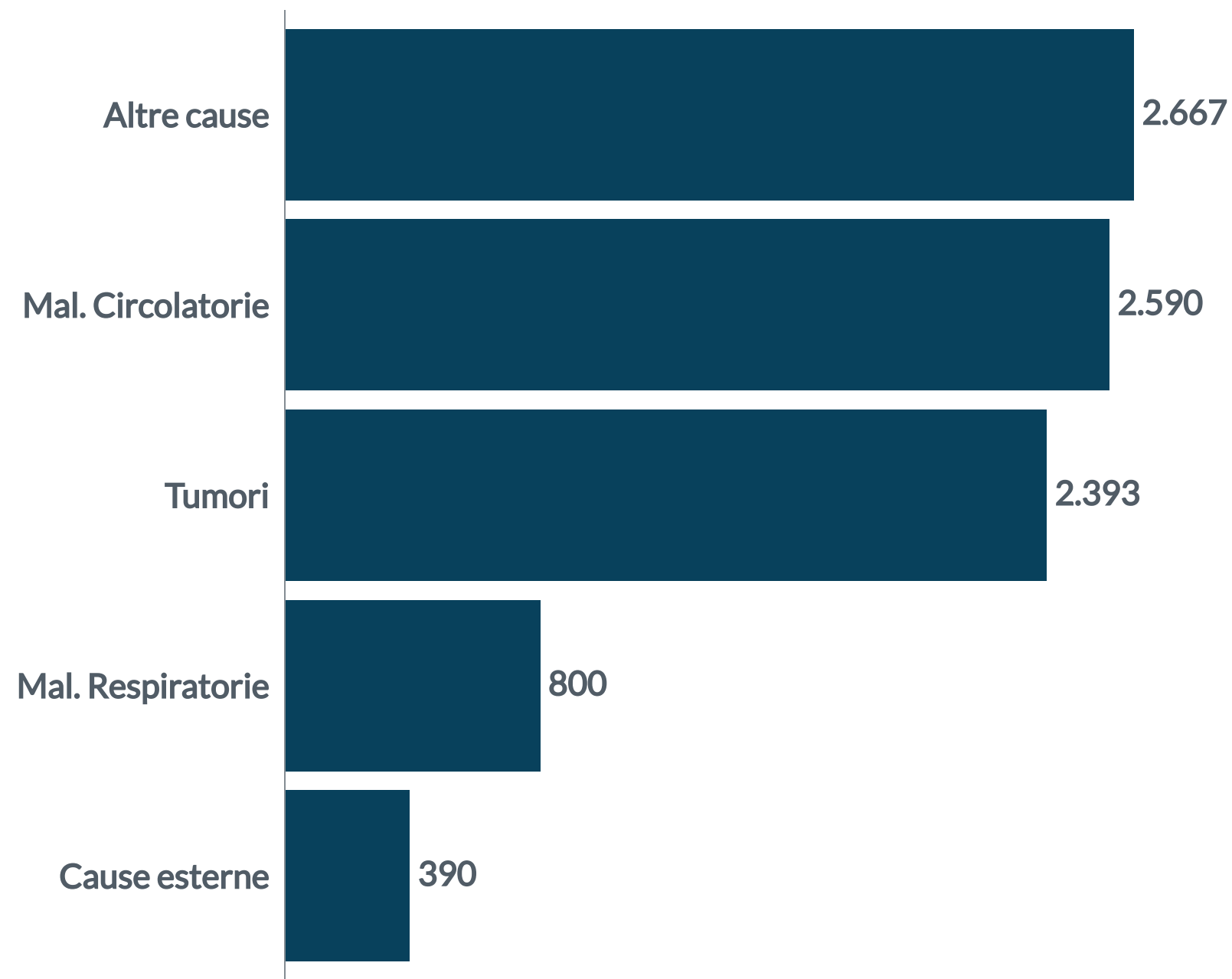
POPOLAZIONE - DECESSI E CAUSE DI MORTE

Fonte dati: Registro regionale di Mortalità
 Periodo di analisi: Anno 2024

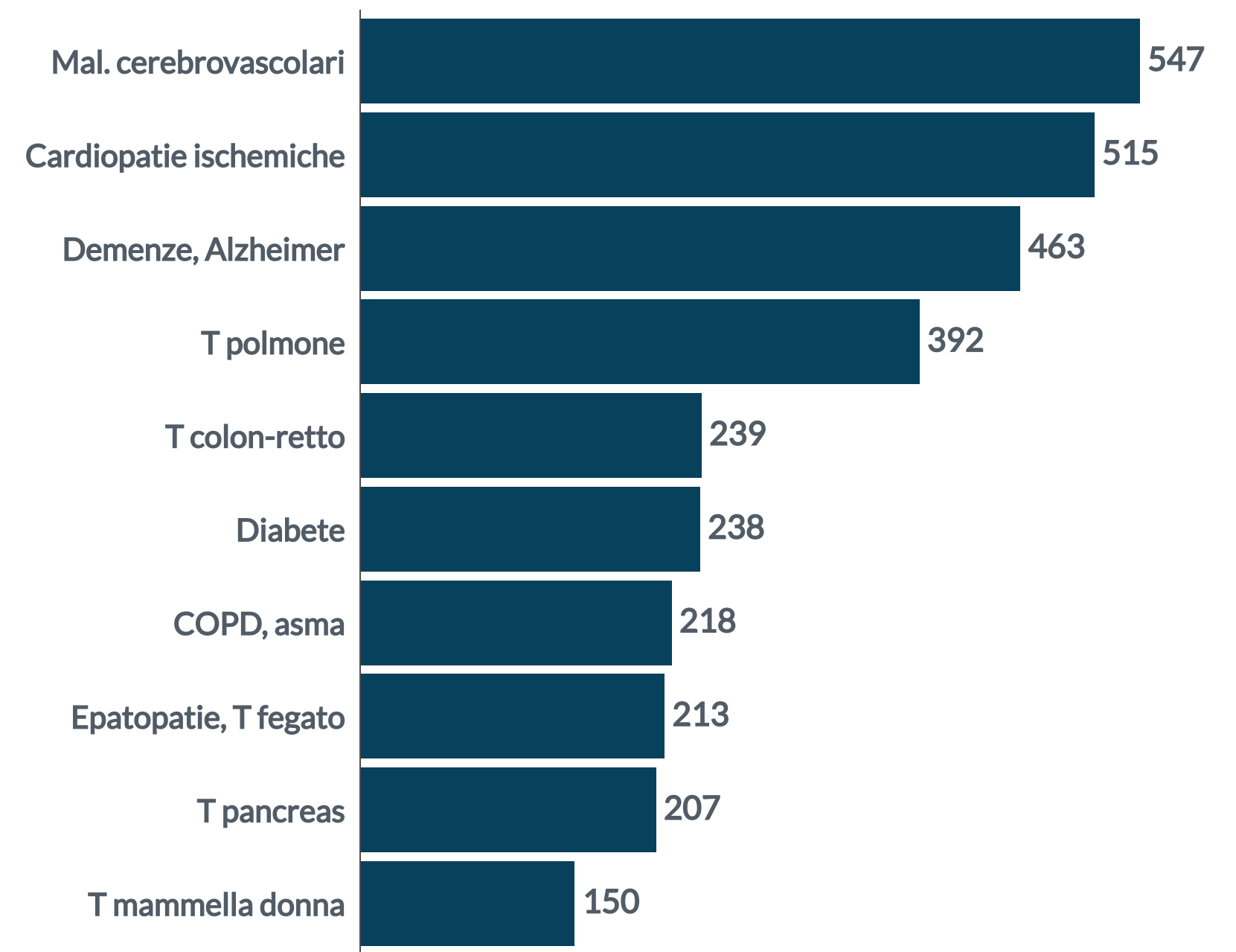


DECESSI

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso



Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso



ATTIVITÀ OSPEDALIERA - PRONTO SOCCORSO

Fonte dati: Flusso Pronto Soccorso (EMUR PS)

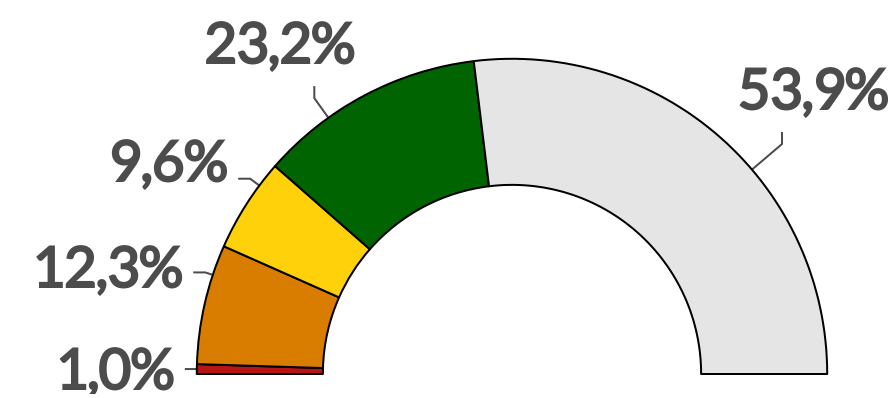
Periodo di analisi: Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024 - 30/11/2025)

**ACCESSI IN
 PRONTO SOCCORSO**
 Anno 2025



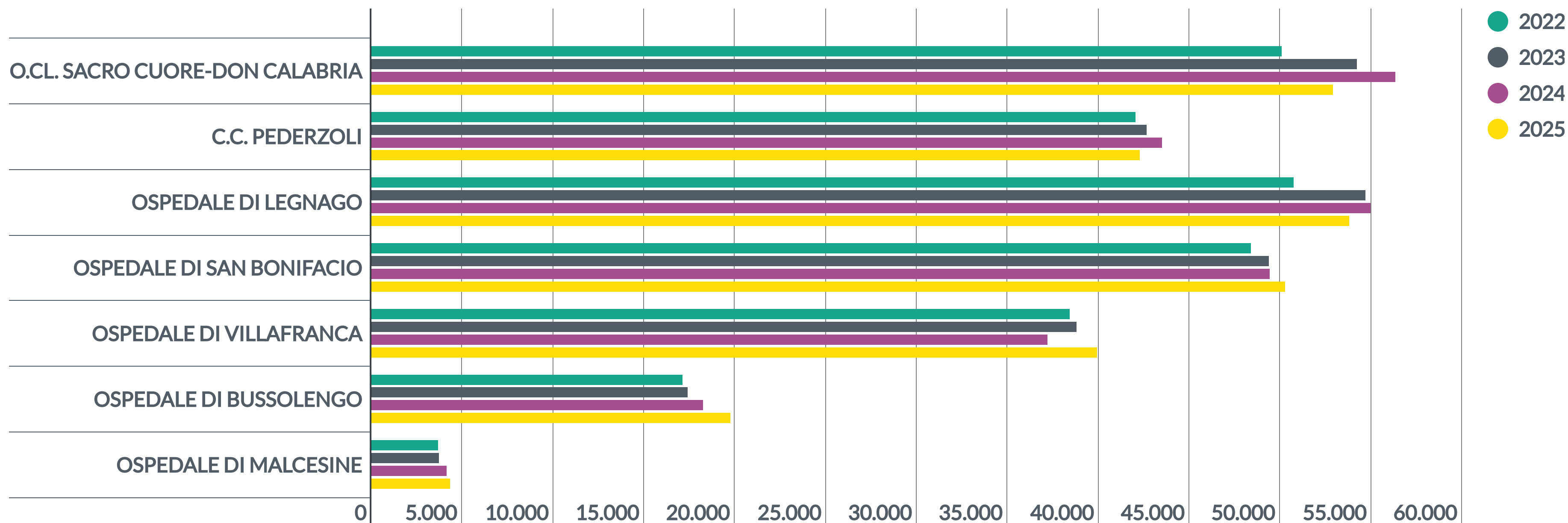
Distribuzione degli accessi, per triage di accesso

Anno 2025



● 1. Rosso ● 2. Arancione ● 3. Giallo ● 4. Verde ● 5. Bianco

Numero di accessi, per anno e struttura



[Download Data](#)

ATTIVITÀ OSPEDALIERA - INTERVENTI

Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

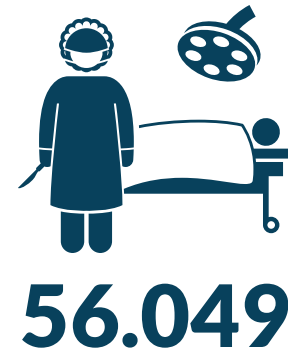
Periodo di analisi: Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024 - 30/11/2025)

INTERVENTI

ESEGUITI

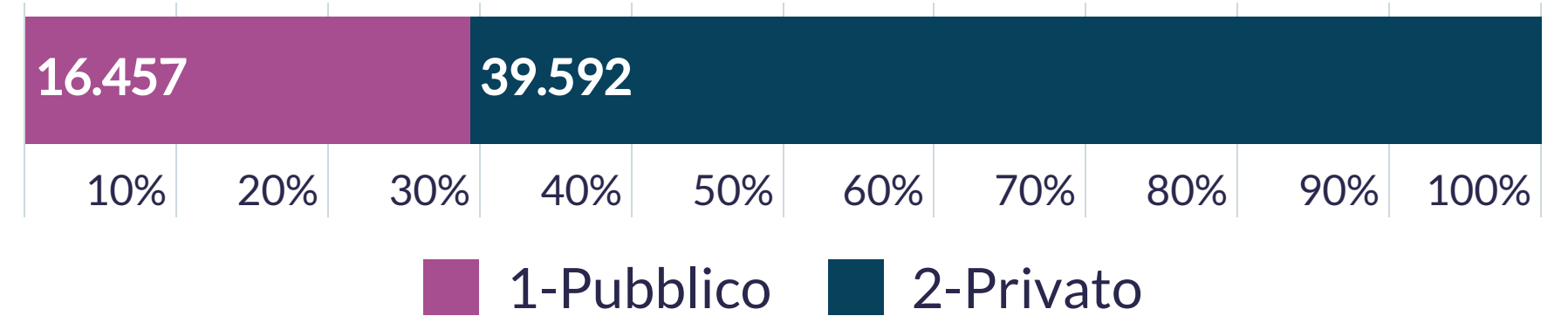
dimissioni con DRG chirurgico

Anno 2025

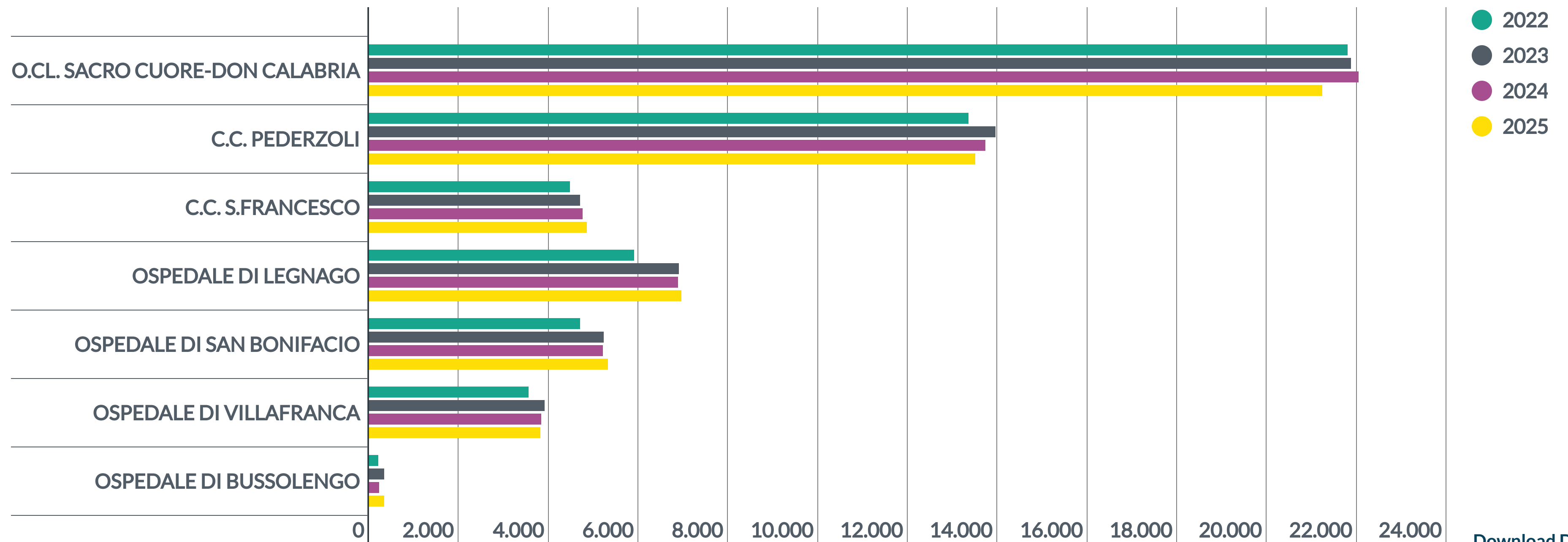


Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura

Anno 2025



Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero



[Download Data](#)

ATTIVITÀ OSPEDALIERA - RICOVERI

Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

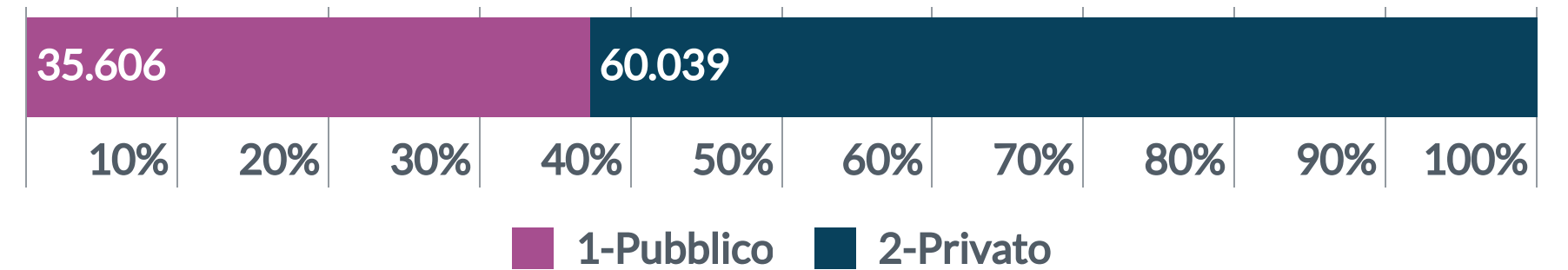
Periodo di analisi: Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024 - 30/11/2025)

**RICOVERI
 OSPEDALIERI**
 Anno 2025

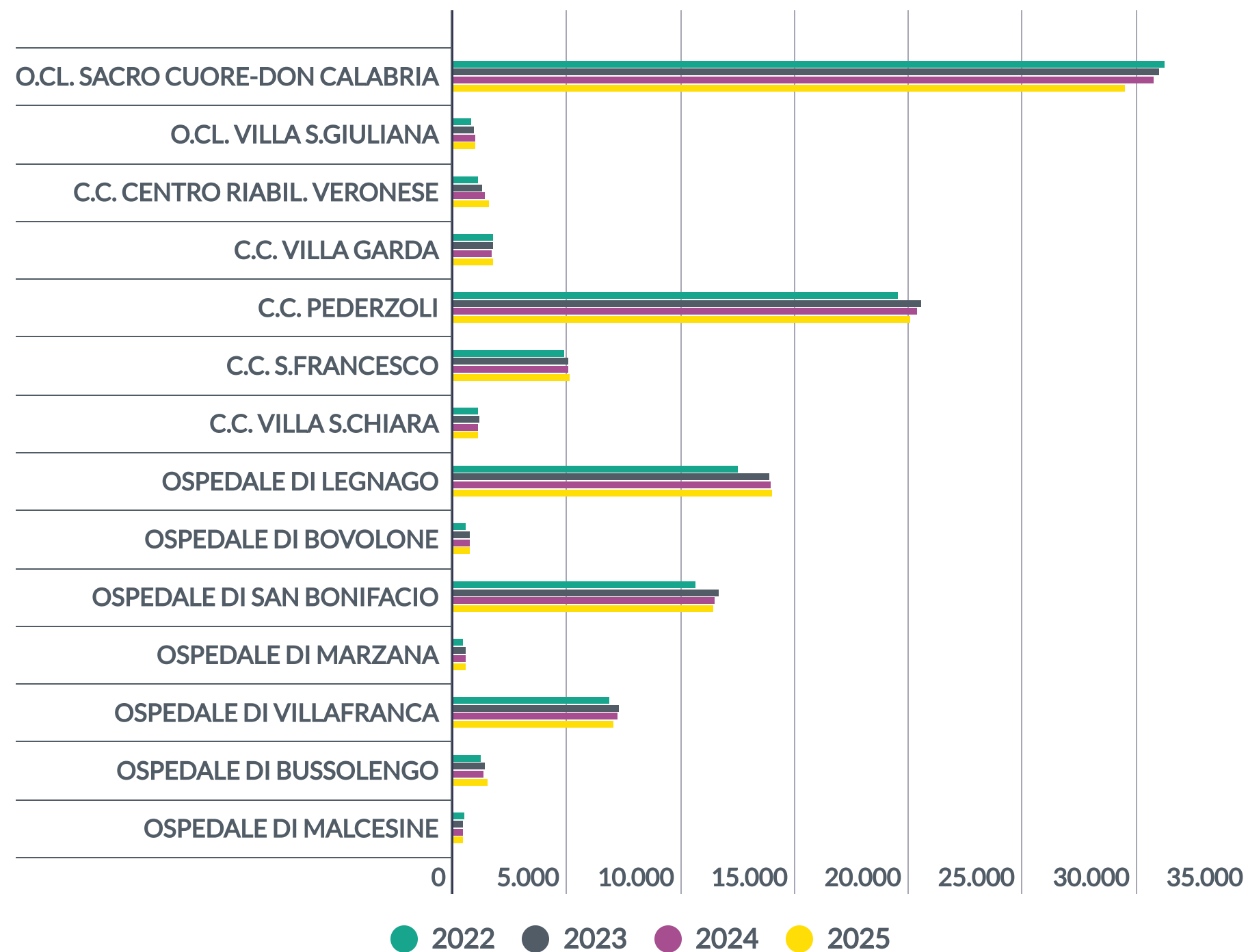

95.645

Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura

Anno 2025

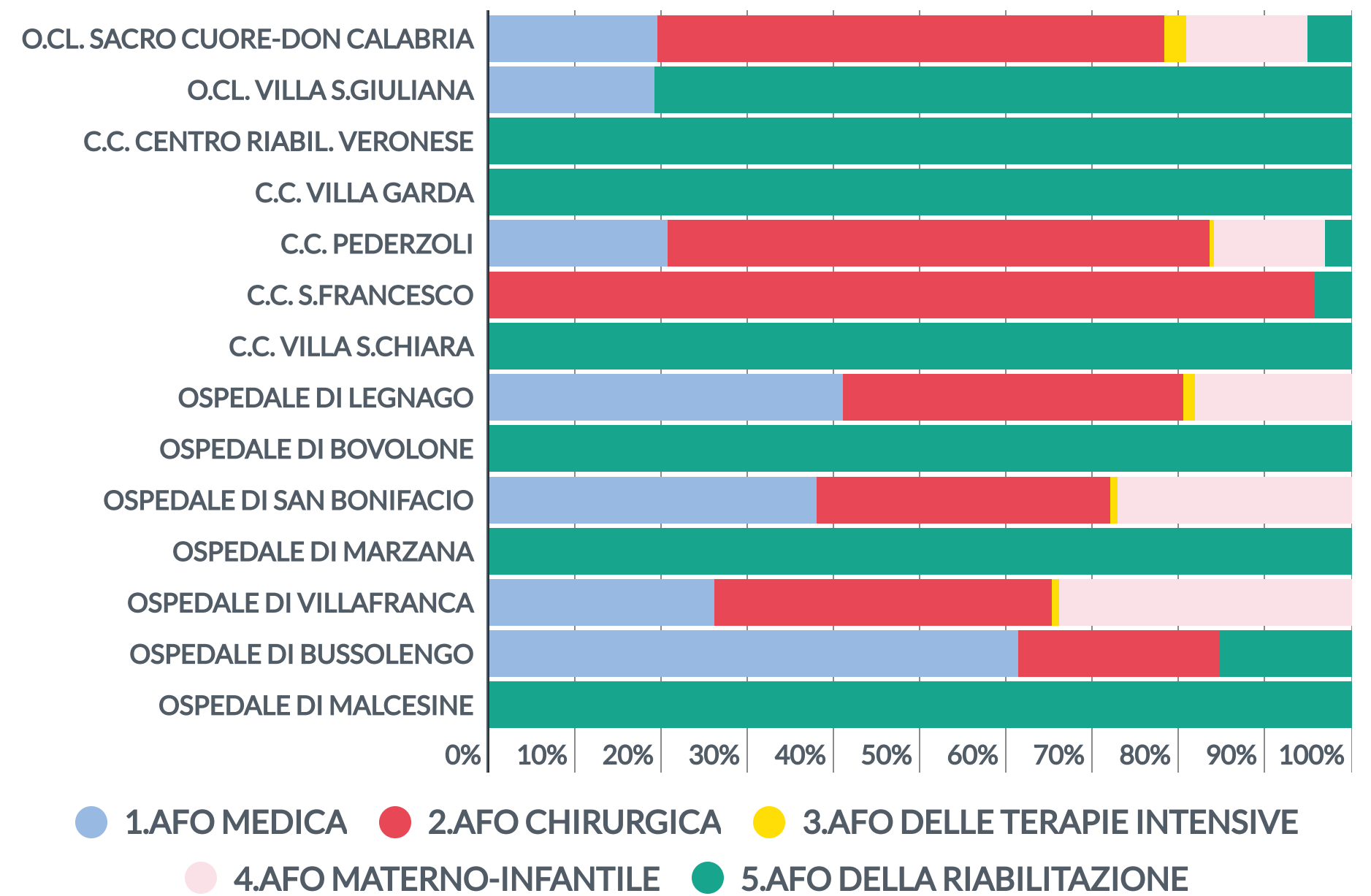


Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero



Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area

Anno 2025



[Download Data](#)

ATTIVITÀ TERRITORIALE - SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Fonte dati: Flusso specialistica ambulatoriale

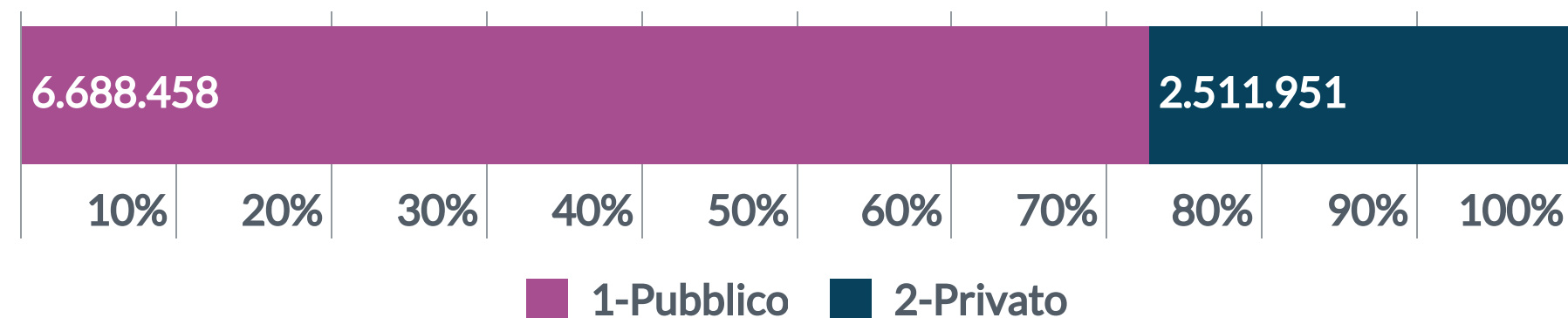
Periodo di analisi: Anni 2022-2025 (2025: 01/12/2024 - 30/11/2025)

**PRESTAZIONI
 AMBULATORIALI
 EROGATE**
 Anno 2025

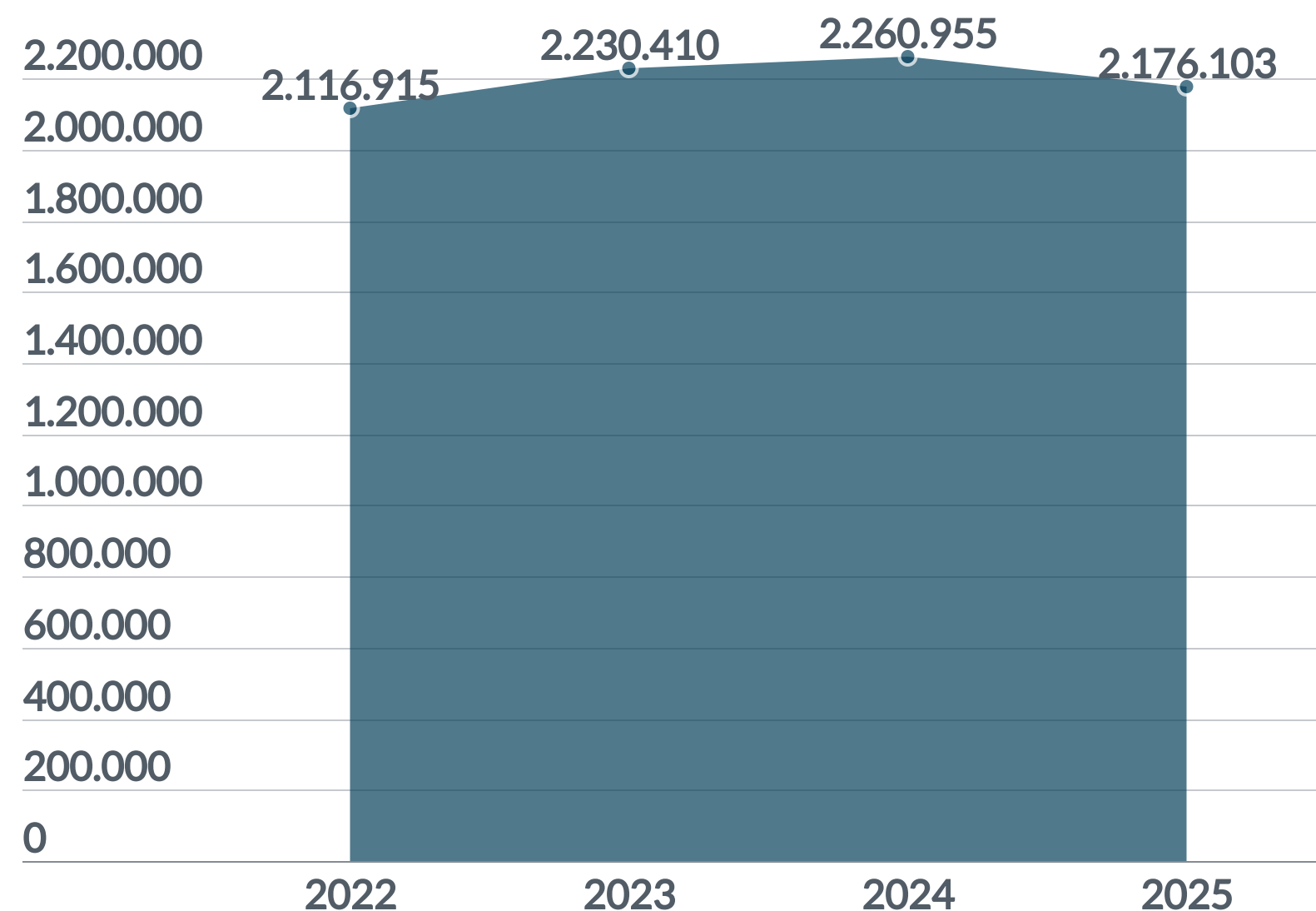


Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

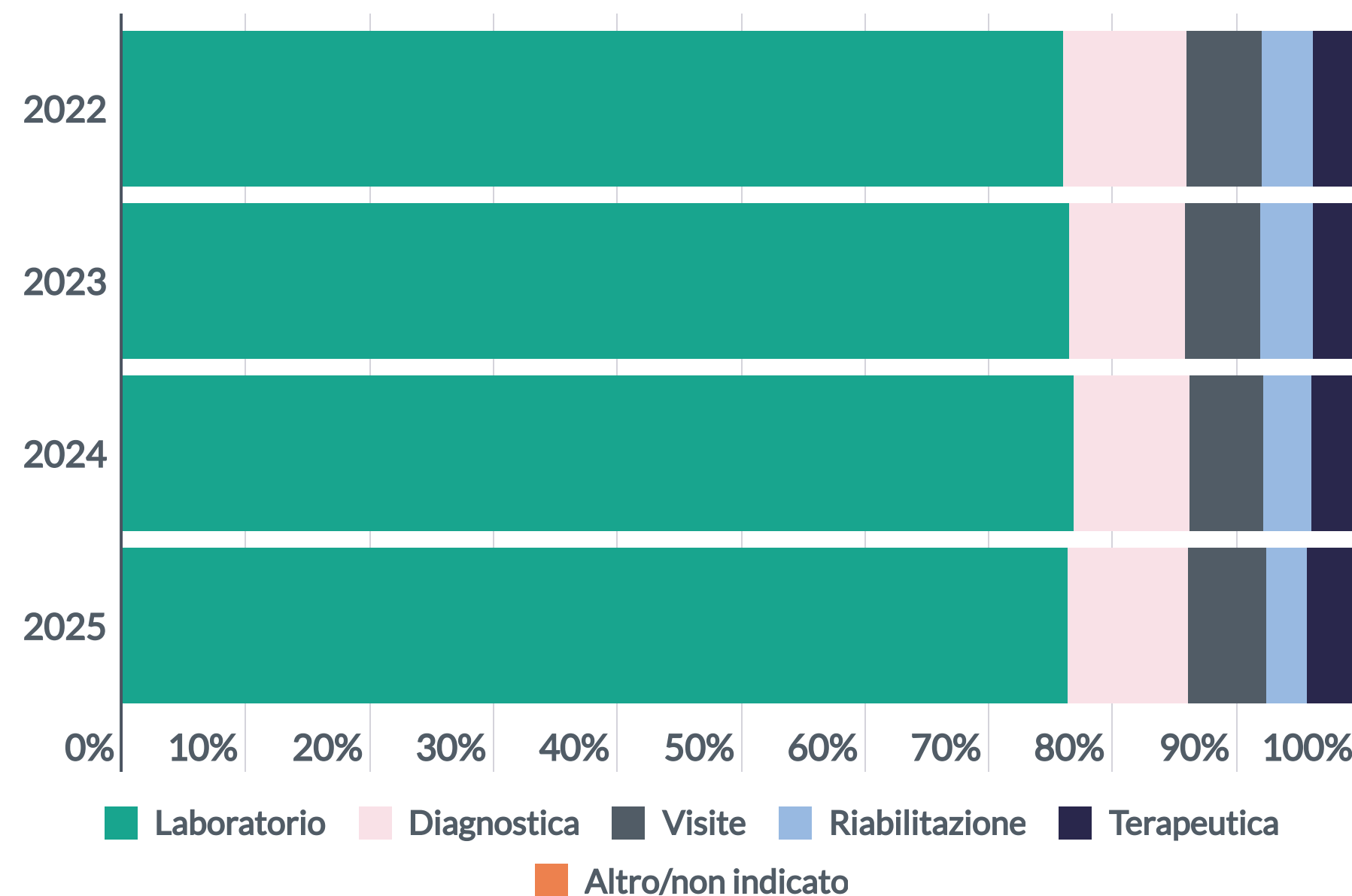
Anno 2025



Numero di visite specialistiche ambulatoriali, per anno (escluso laboratorio)



Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per anno di erogazione e macrobranca



[Download Data](#)

ATTIVITÀ TERRITORIALE - STRUTTURE INTERMEDIE

Fonte dati: Flusso ODC-URT (Ospedali Di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali); Flusso Hospice

Periodo di analisi: Anni 2021-2024 (per 2024: ODC URT: 01/09/2023 - 31/08/2024; HOSPICE: 01/10/2023 - 30/09/2024)

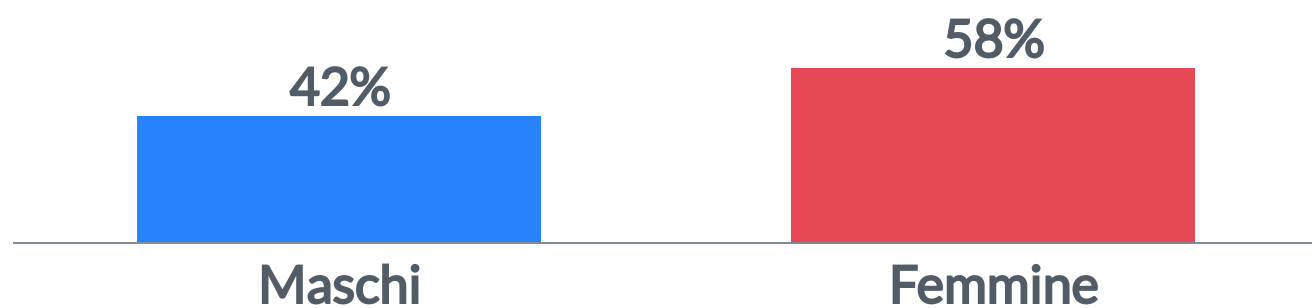
PAZIENTI IN ODC/URT

Anno 2025

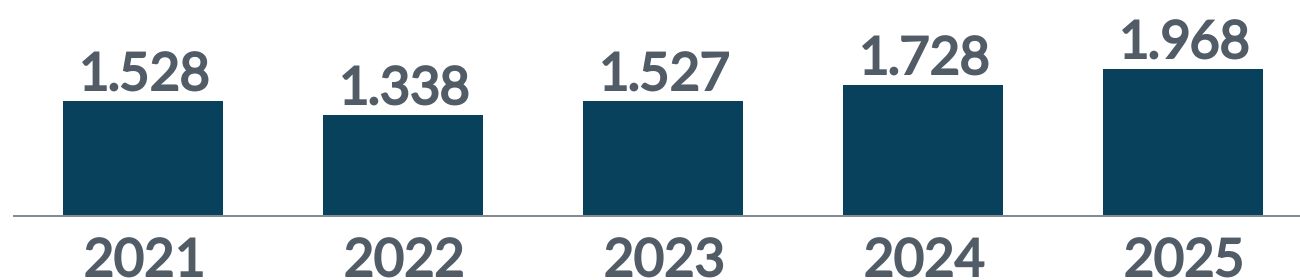


Distribuzione dei pazienti in ODC/URT, per sesso

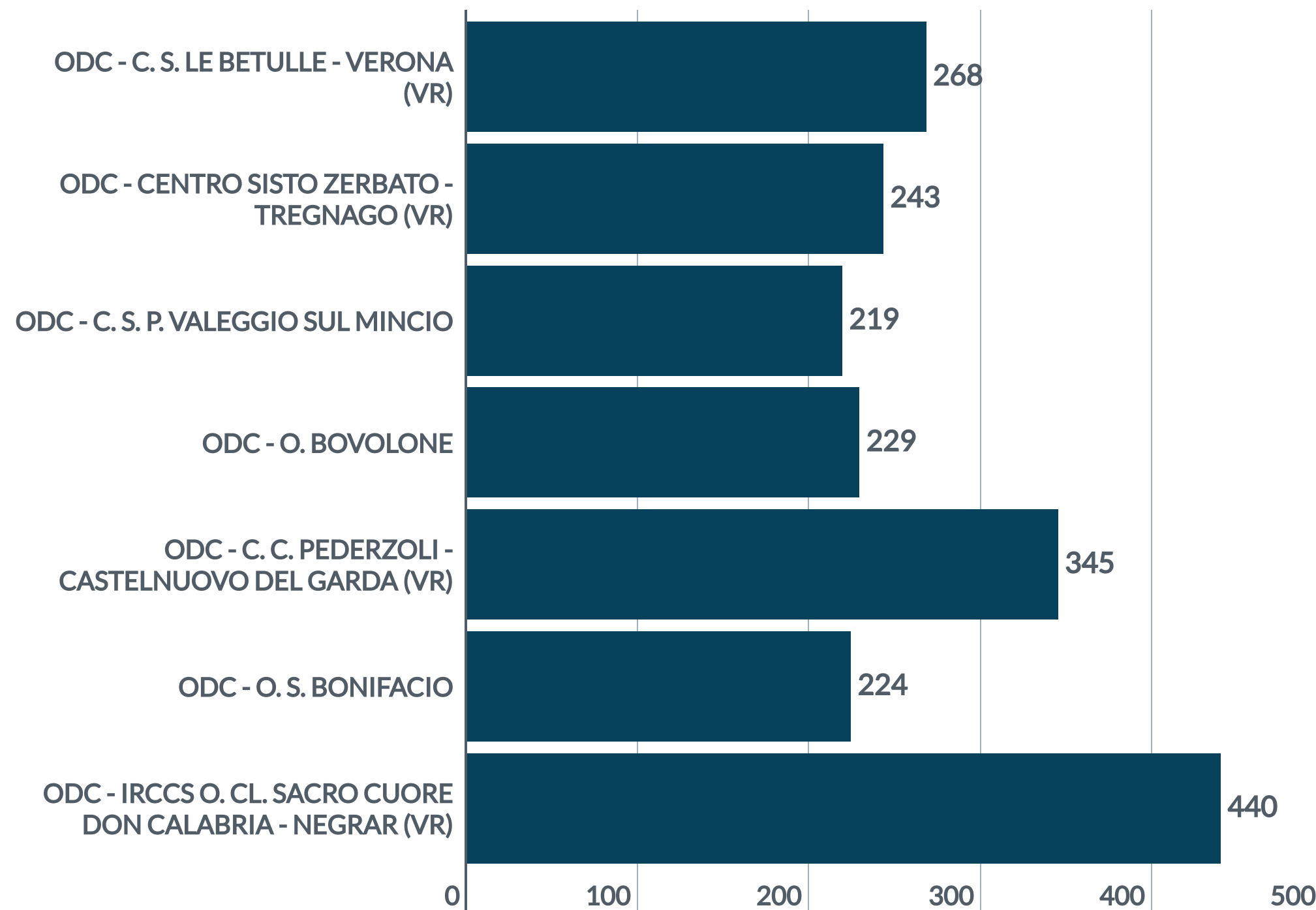
Anno 2025



Pazienti in ODC/URT, per anno



Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2025

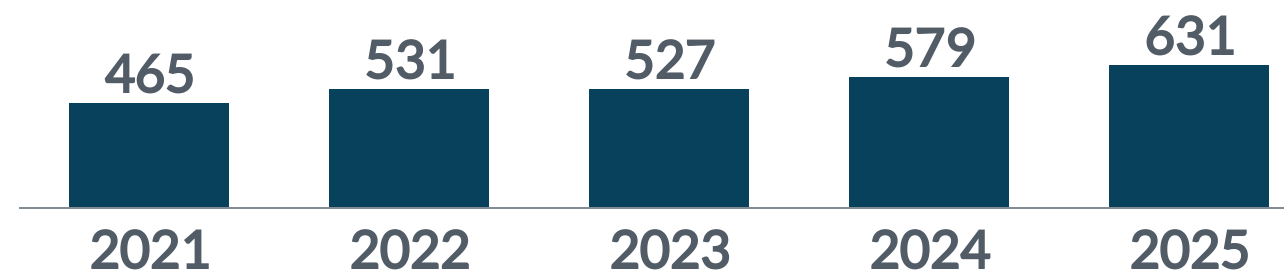


RICOVERI IN HOSPICE

Anno 2025



Ricoveri in Hospice, per anno



Fonte dati: Flusso Assistenza e Cure Domiciliari - ADI

Periodo di analisi: Anni 2023-2025 (2025: 01/10/2024 - 30/09/2025)

PAZIENTI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

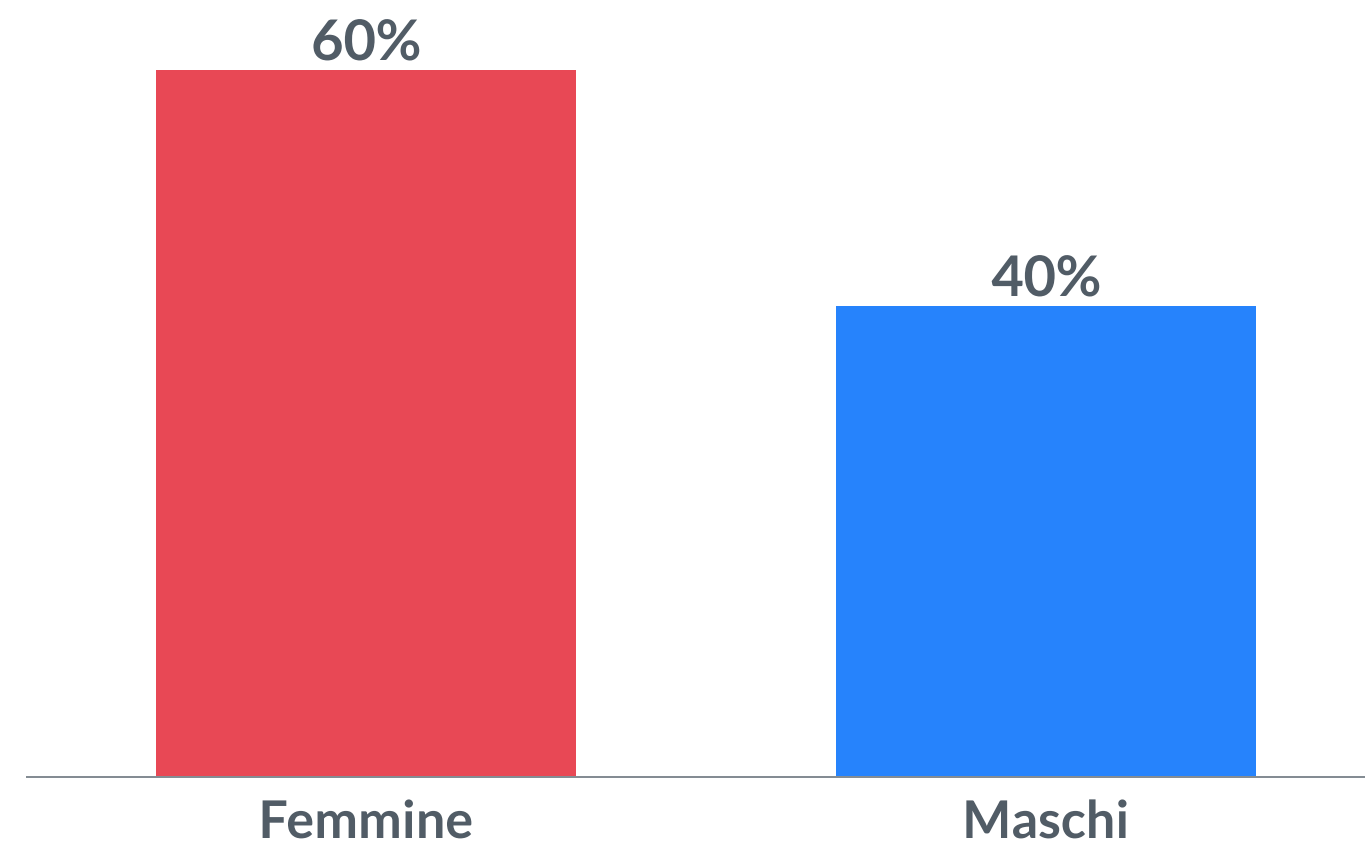
Anno 2025



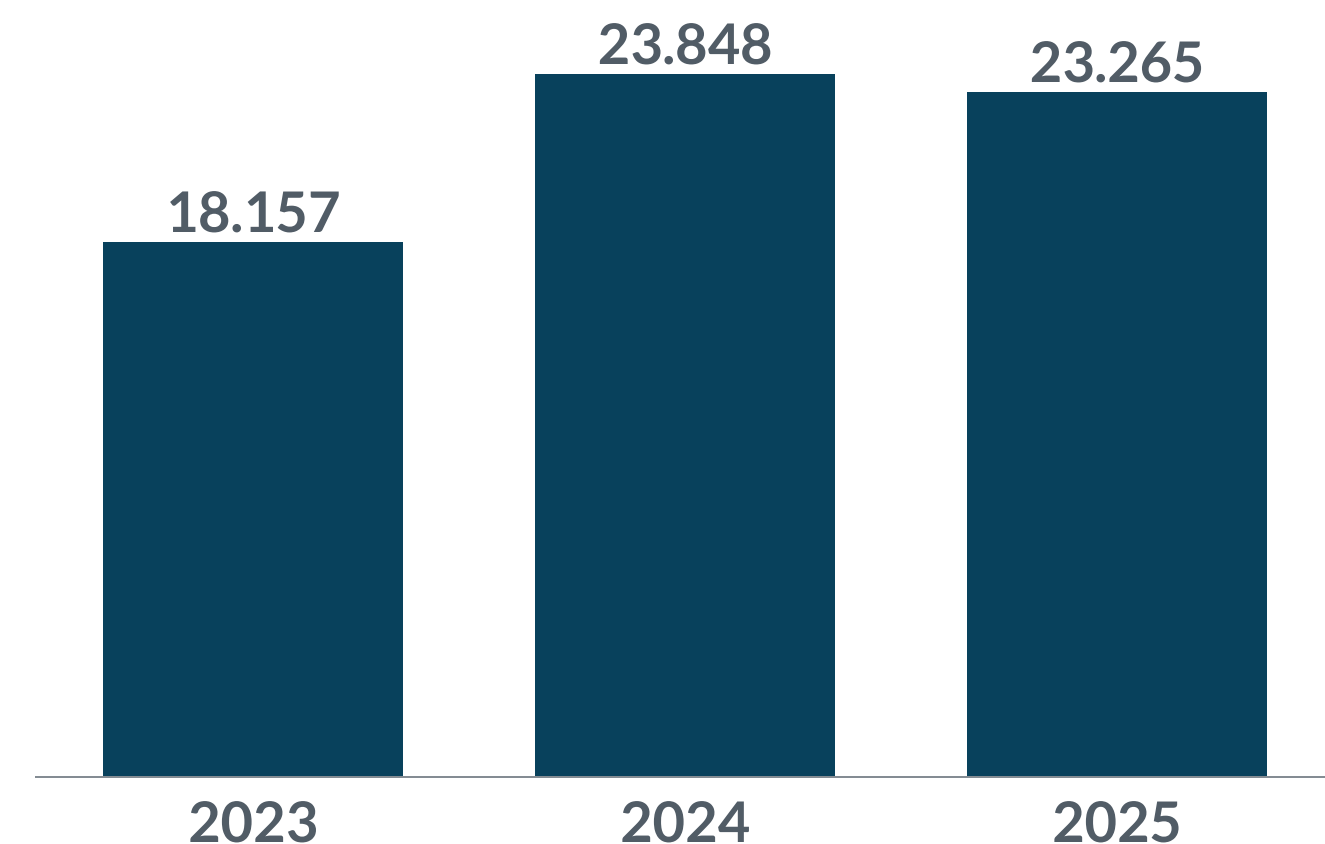
23.265

Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2025



Numero di pazienti in ADI, per anno



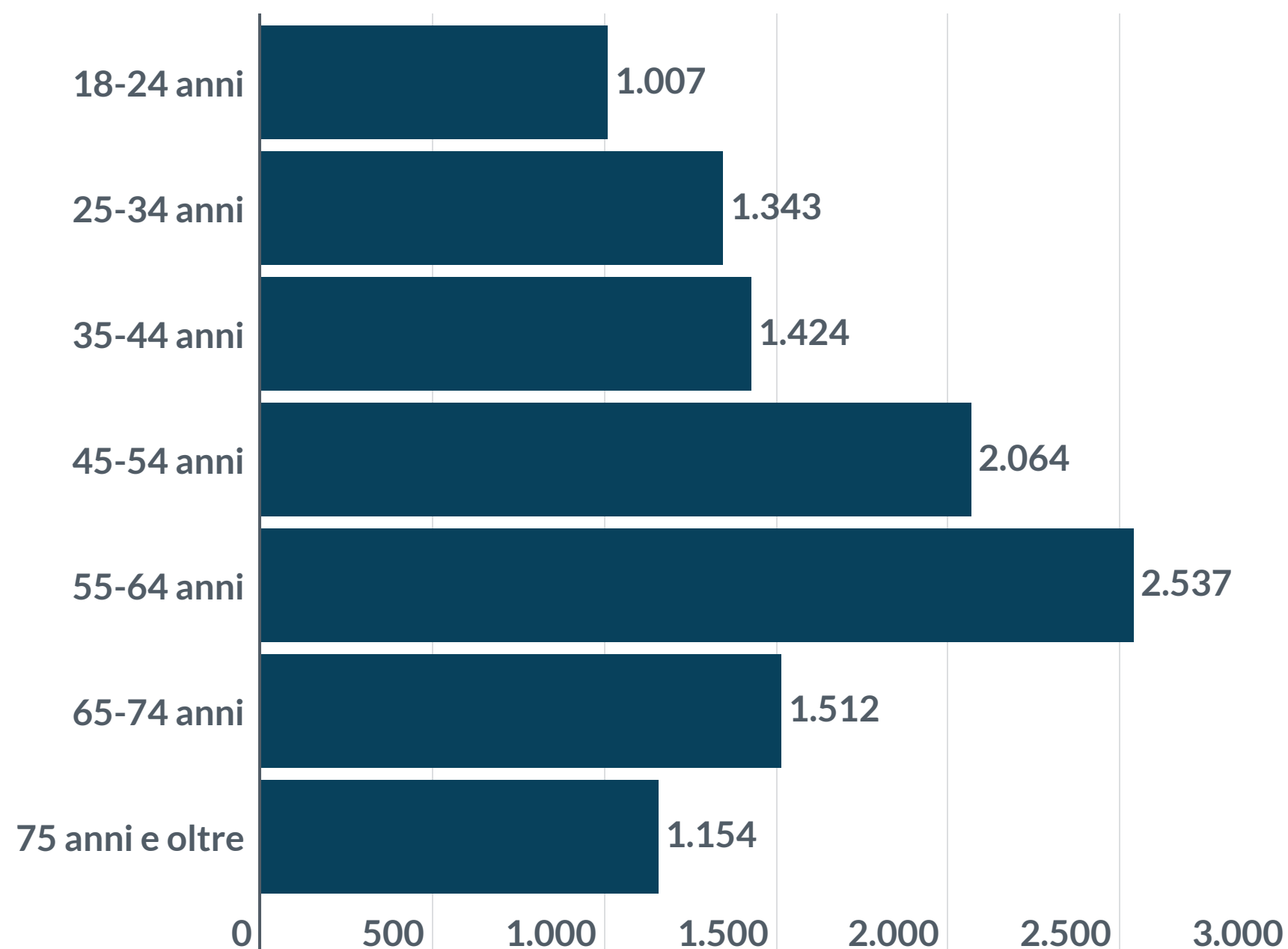
ATTIVITÀ TERRITORIALE - SALUTE MENTALE

Fonte dati: Flusso Psichiatria Territoriale (SISM)
 Periodo di analisi: Anno 2025 (01/11/2024 - 31/10/2025)

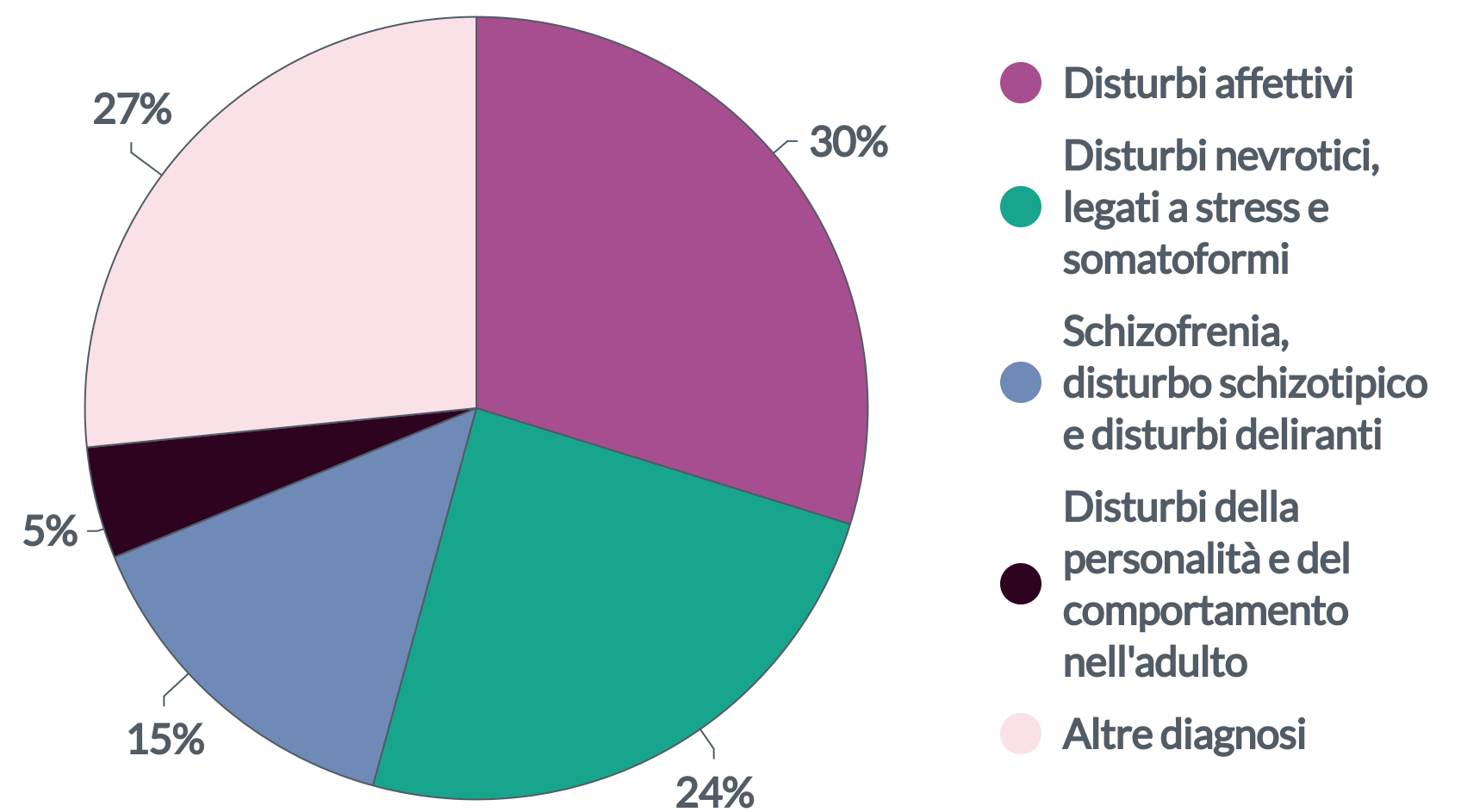
UTENTI CON ALMENO UN CONTATTO CON I SERVIZI DI SALUTE MENTALE


11.041

Numero di utenti con almeno un contatto con i servizi di salute mentale, per età



Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico



[Download Data](#)



ATTIVITÀ TERRITORIALE - ASSISTENZA PRIMARIA

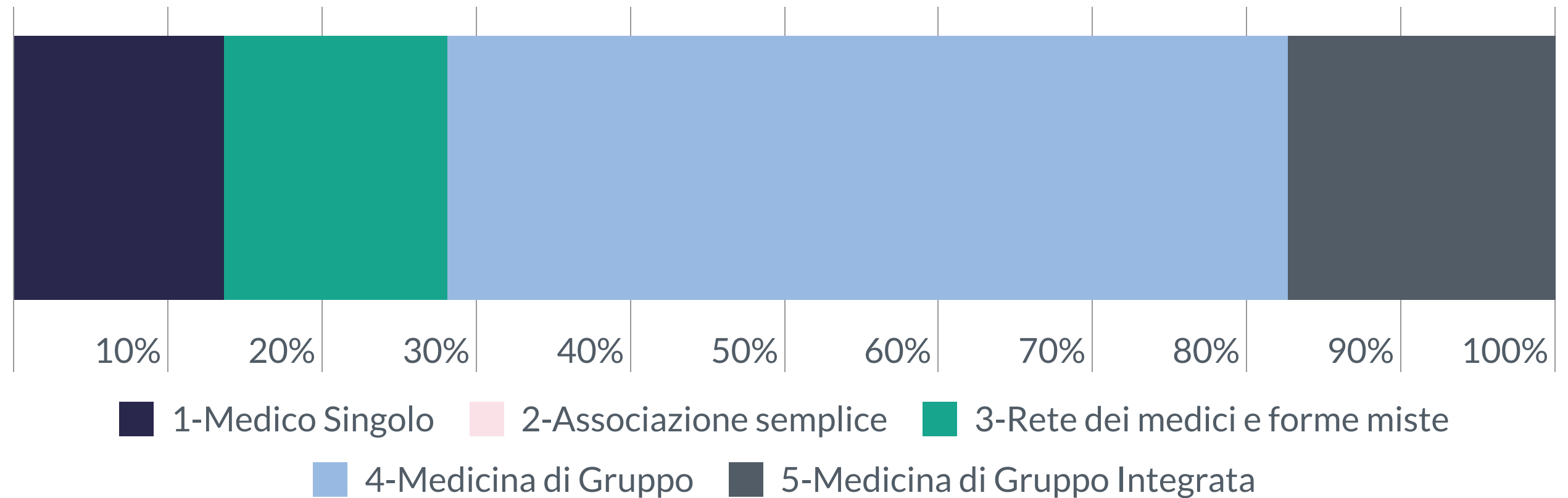
Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale

Periodo di analisi: Anno 2025



MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)

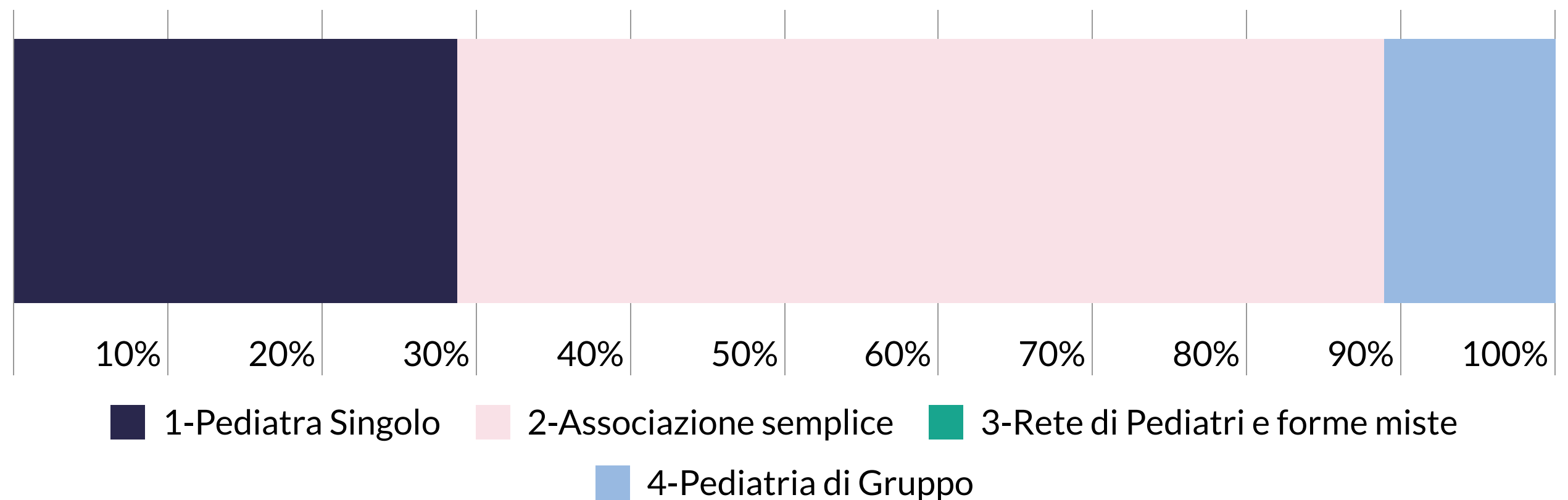
Distribuzione dei Medici di Medicina Generale, per forma associativa



Distribuzione dei Pediatri di Libera Scelta, per forma associativa



PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (PLS)



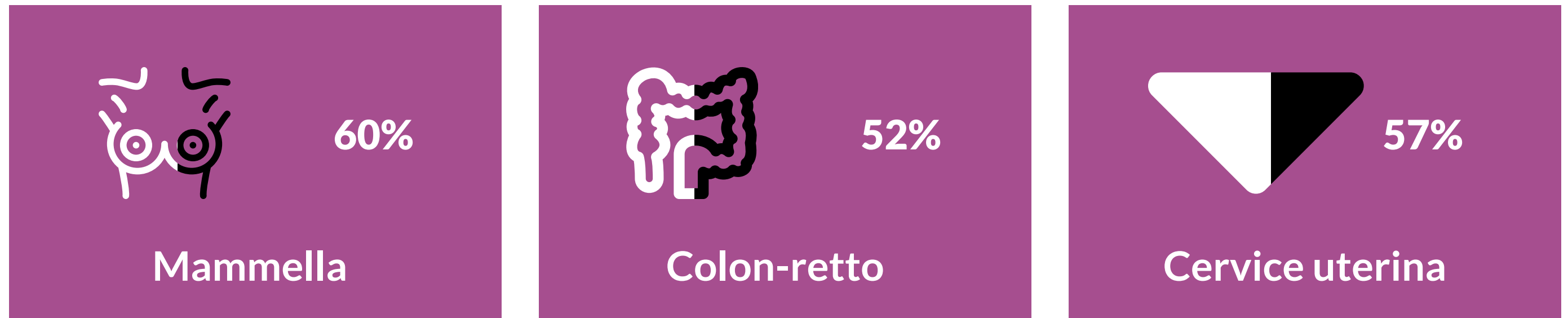


ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

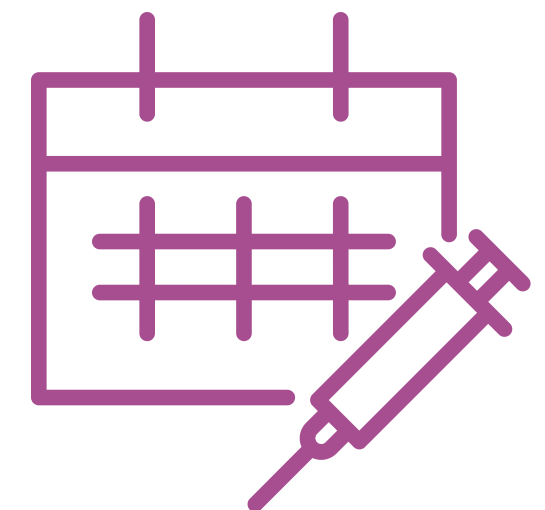
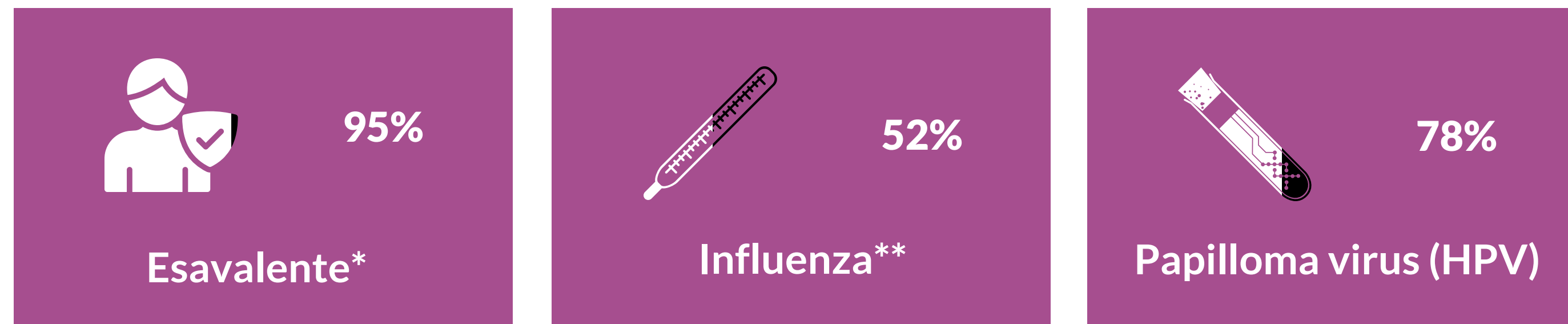
Fonte dati: per copertura screening: Sistema Informativo Screening; per copertura vaccinale: Anagrafe Vaccinale Regionale
 Periodo di analisi: copertura screening: 2025 (dato parziale 01/01-30/09); copertura vaccinale "Esavalente" e HPV: 2025;
 copertura vaccinale "Influenza": 2024



Copertura screening (%)



Copertura vaccinale (%)



*ciclo base pediatrico

**influenza nell'anziano (65+ anni)

Allegato 2 “Documento delle Direttive anno 2026”

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
- 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;

Il processo di budget

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.

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 "transmurati" 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 su due livelli di contrattazione. Il primo livello coinvolge:

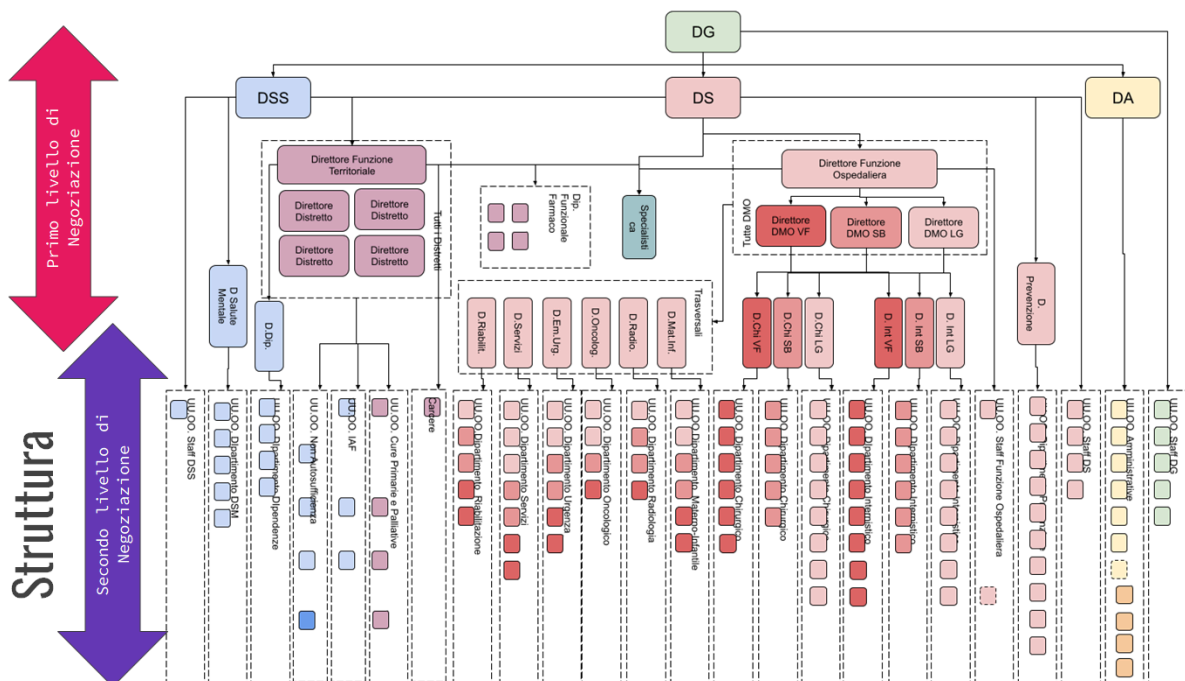
- **Direttore Generale** con riferimento alle direzioni strategiche (DS, DSS, DA);
- **Direttore Amministrativo** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo (10 UO);
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento al Direttore della Funzione Territoriale (1 DF), alle UU.OO. dei Distretti Socio-Sanitari (4 UO), del Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (1 DD);

- **Direttore Sanitario** con riferimento al Direttore della Funzione Ospedaliera (1 DF), alle Direzioni Mediche Ospedaliere (3 UO), del Dipartimento Funzionale del Farmaco (4 UO assieme al DA) e del Direttore del Dipartimento della Prevenzione (1 DD);
- **Direttore della Funzione Ospedaliera** con riferimento ai direttori dei Dipartimenti ospedalieri internistici (3 DD), chirurgici (3 DD) e trasversali (6 DD), in collaborazione con le DMO;
- **Direttore della Funzione Territoriale** con riferimento al Farmaceutico e agli obiettivi del Direttore del Dipartimento delle Dipendenze (4 UO);
- Alla negoziazione degli obiettivi della **UOS Specialistica** (1 UO) partecipano Direttore Generale, Direttore Sanitario, DFO e DFT.

Il secondo livello, invece, prevede la negoziazione tra le **Direzioni di Area/Funzione/Dipartimento** e le UU.OO. afferenti, al fine di dare maggior forza ai livelli gerarchici intermedi.

- **Direttore del Dipartimento della Prevenzione** con riferimento alle UU.OO. del Dipartimento (10 UO);
- **DMO e Direttori di Dipartimento ospedaliero** con riferimento a tutte le UU.OO. Ospedaliere (73 UO) di cui:
 - 1 in Staff
 - 23 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO BU-VF;
 - 25 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO LG ;
 - 24 UO dei Dipartimenti afferenti alla DMO SB (sottoscritte dalla DMO di SB);
- **Direttori di distretto** con riferimento a tutte le UU.OO. afferenti ai Distretti (11 UO) e delle Dipendenze (4 UO)
- **Direttore di Dipartimento di Salute Mentale** (5 UO)
- **Direttore Generale** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (5 UO);
- **Direttore dei Servizi Socio-Sanitari** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (2 UO);
- **Direttore Sanitario** con riferimento alle UU.OO. del proprio staff (4 UO);

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



Rispetto all'inquadramento gerarchico, la negoziazione di Budget prevede alcune "eccezioni" tra cui:

- Negoziazione degli obiettivi delle 4 Unità Operative afferenti al Dipartimento Farmaceutico con la presenza di DA, DS, DSS e le Funzioni;
- Discussione collegiale dei Dipartimenti Ospedalieri con tutte le DMO;
- Discussione collegiale delle UU.OO. Territoriali con tutti i Distretti;
- Negoziazione degli obiettivi dell'UOS Specialistica assieme alle Funzioni;

- Negoziazione della Direzione delle professioni Sanitarie con le DMO.

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 luglio-agosto alla luce dei dati consolidati dei primi mesi 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.

Segue un **monitoraggio** sui dati dei 6/7 mesi a settembre e dei primi 9 mesi a novembre con incontri di approfondimento/richiamo delle UU.OO. con risultati divergenti dal target.

La **valutazione finale**, prevista tra marzo e giugno 2026 (con la disponibilità dei dati consuntivi e delle relazioni sugli scostamenti), è avviata 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.

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%

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.

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.

Timing del processo

L'Azienda segue la seguente tempistica.

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)
Negoziare Budget	Gennaio - Marzo (anno corrente)
Delibera approvazione schede di Budget	Maggio (anno corrente)
Rinegoziare Budget	Luglio - Agosto (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



Documento delle Direttive 2026

La seguente tabella riporta gli specifici indicatori di misurazione e le soglie di soddisfazione coerenti con gli obiettivi assegnati all'Azienda dal livello regionale.

Il Documento delle Direttive esplicita la gerarchia delle responsabilità aziendali per il conseguimento degli obiettivi. Vengono individuate per ogni indicatore:

- La Direzione Strategica di riferimento (DA, DS o DSS);
- La Funzione di riferimento (Ospedaliera, Territoriale, Prevenzione o in alcuni casi il Dipartimento Farmaceutico);
- 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.

Come anticipato, l'Azienda è in attesa dell'emanazione della Delibera di assegnazione degli obiettivi per l'anno 2026 e della seguente della stesura a cura degli Uffici Regionali di un apposito documento tecnico di definizione e integrazione della metodologia adottata, degli indicatori, delle soglie e dei criteri di verifica degli obiettivi ("Vademecum"), al quale si farà riferimento per un adeguato dettaglio dei criteri di adempimento. L'assegnazione delle responsabilità ai Centri di Responsabilità, potrà pertanto subire delle modifiche alla luce dei dettagli ad oggi non noti.

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
All.A DGR 1557/2024					

Cod ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	DS	Territoriale + Ospedaliera	UOS Specialistica
25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	Territoriale + Ospedaliera	UOS Specialistica
25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DS	Territoriale + Ospedaliera	UOS Specialistica
25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto delle soglie come da vademecum	DS	Ospedaliera	DMO+Dip. Chirurgici (+Sistemi Informativi)
25.S.O.01.5	% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90% e come da Vademecum	DS	Ospedaliera	DMO+Dip. Chirurgici (+Sistemi Informativi)
25.S.D.03.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	Distretti
25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	DA	//	Informatica+Specialistica+URP+Formazione
25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	DA	//	Informatica
25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	DA	//	Informatica
25.S.D.05.1	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	Distretti
25.S.D.05.2	PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	Distretti (+ DMO + Informatica)
25.S.S.06.1	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	Si (come da vademecum)	DA	//	Personale
25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	S soglie assegnate con procedimento regionale e come da vademecum	DS	Farmaceutico	Farmacie
25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	s soglie assegnate con procedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di eleggibilità RATEC	DS	Farmaceutico	DMO+Farmacie
25.E.S.01.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	soglie assegnate con procedimento regionale	DS	Farmaceutico	FarmTerr
25.E.S.01.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	S soglie assegnate con procedimento regionale	DS	Farmaceutico	FarmTerr+Protesica
25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)	DA	//	Personale
25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	DA	//	Bilancio+CDG
25.E.S.03.3	Indice di distanza dalla best performance	Si (come da vademecum)	DA	//	Bilancio+CDG
25.E.S.04.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Si (come da vademecum)	DA	//	Tecnico
25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	Dipartimento Radiologico

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)	DA	//	Bilancio
25.E.S.05.2	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%	DA	//	Internal Auditing (+Affari Generali)
25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	DA	//	Trasparenza
25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	//	//	//
25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	Anatomie Patologiche
25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	DA	//	Servizio Protezione e Prevenzione (SPP)
25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si (come da vademecum)	DS	Prevenzione	SISP
25.Q.P.02.1	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Si (come da vademecum)	DS	Prevenzione	SISP
25.Q.P.03.1	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Físico Strutturato e l'Attività Física Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	Si (come da vademecum)	DS	Prevenzione	Episcreen (+Dipendenze)
25.Q.P.04.1	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	100%	DS	Prevenzione	SIAN+Veterinari
25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	DS	Ospedaliera	Dipartimento Chirurgico
25.Q.O.05.2 (1)	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	PS
25.Q.O.05.2 (2)	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (accessi festivi/feriali)	Si (come da vademecum)	DS	Territoriale	Cure primarie
25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	Dip. Urgenza-Emergenza
25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Si (come da vademecum)	DS	Ospedaliera	Trasfusionale
25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come da vademecum)	DSS	Territoriale	Cure Palliative
25.Q.D.06.2	Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Si (come da vademecum)	DS	//	DPS
25.Q.O.06.3	Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	Si (come da vademecum)	DSS	Salute Mentale	Psichiatria
25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Si (come da vademecum)	DS	Farmaceutico	FarmTerr
25.Q.D.07.1	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	Si (come da vademecum)	DSS	UOC Sociale	DAT
25.Q.D.07.2	DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	Si (come da vademecum)	DSS	//	DAT+DIS.NA
25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	DA	//	Formazione
25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	DA	//	URP Comunicazione e Marketing
25.Q.S.08.3	Adesione, alle gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	DA	//	Provveditorato

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	DA	//	CDG
25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	100%	DA	//	Informatica
25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	DS	//	Ufficio Qualità
25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	DA	Prevenzione	Affari Generali (+Med.Legale)
25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si (come da vademecum)	DS	Farmaceutico	FarmTerr
25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)	DS	//	Risk management
25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si (come da vademecum)	DS	Farmaceutico	FarmTerr
Indicatori NSG/Nazionali					
25.A.P.02.1	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	≥ 95%	DS	Prevenzione	SISP
25.A.P.02.1	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95%	DS	Prevenzione	SISP
25.A.P.02.1	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	>=95%	DS	Prevenzione	SPISAL
25.A.P.02.1	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	100%	DS	Prevenzione	Veterinari
25.A.P.02.1	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	100 % (soglia di inaccettabilità 90% per ogni tipologia)	DS	Prevenzione	Veterinari+SIAN
25.A.P.02.1	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	Soglia determinata sulla base delle distribuzioni dei dati	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.P.01.1	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	≥ 60%	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.P.02.1	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	≥ 50%	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.P.02.1	P15C - Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	≥ 50%	DS	Prevenzione	Episcreen (+Anatomie patologiche)
25.A.P.02.1	P16C - Proporzioni 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	<25%	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.P.02.1	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	≥ 70%	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.P.02.1	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	≥ 80%	DS	Prevenzione	Episcreen
25.A.D.01.1	A0.2_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti	>4,94 (x 1000)	DSS	Territoriale	Cure Palliative
25.A.D.02.1	D01C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	<14,55	DS	Ospedaliera	Cardiologie
25.A.D.02.1	D02C - Proporzioni di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	<14,05	DS	Ospedaliera	Neurologie
25.A.D.02.1	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	<= 261	DS	Territoriale	Cure primarie
25.A.D.02.1	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<18	DS	Ospedaliera	DAO

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
25.A.D.02.1	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	> 90%	DS	Territoriale + Ospedaliera	UOS Specialistica
25.A.D.02.1	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	(>4 CIA 1, >2,5 CIA 2, >2 CIA 3)	DS	Territoriale	Cure primarie
25.A.D.02.1	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<= 5%	DSS	Salute Mentale	Psichiatria
25.A.D.02.1	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	< 55	DS	Territoriale	Cure Palliative
25.A.D.02.1	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	> 41	DS	Territoriale	DISNA
25.A.O.01.1	H02Z - Proporzioni di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	> 90%	DS	Ospedaliera	DMO
25.A.O.02.1	H03Z - Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	< 2,66	DS	Ospedaliera	Senologie
25.A.O.02.1	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	< 15%	DS	Ospedaliera	DMO
25.A.O.02.1	H05Z - Proporzioni di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	> 90%	DS	Ospedaliera	Chirurgie
25.A.O.02.1	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	> 80%	DS	Ospedaliera	Ortopedie
25.A.O.02.1	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	< 15%	DS	Ospedaliera	Ginecologie
25.A.O.02.1	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	< 20%	DS	Ospedaliera	Ginecologie
25.A.O.02.1	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	< 7,25	DS	Ospedaliera	Neurologie
25.A.O.02.1	PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	in base alla distribuzione	DS	Territoriale + Ospedaliera	Cardiologie+Farm Terr
25.A.O.02.1	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	>=85%	DS	Ospedaliera	Chirurgie Generali
25.A.O.02.1	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)	>=80%	DS	Ospedaliera	Dip.Chirurgici+Oncologie
25.A.O.02.1	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)	miglioramento	DS	Ospedaliera	Oncologie+Anatomie patologiche
25.A.O.02.1	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	< 3,5	DS	Ospedaliera	Urologie
25.A.O.02.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,39%	DS	Ospedaliera	Chirurgie Generali
25.A.O.02.1	H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronario (BPAC)	miglioramento	DS	Ospedaliera	Cardiologie
25.A.O.02.1	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	miglioramento	DS	//	Risk management
Obiettivi V Commissione Consigliere 2025					
A1	DGR n. 347/2024 Proroga della vigenza del "Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" e ridenominazione in "Piano Pandemico Regionale" contenente le indicazioni ad interim di preparazione e risposta a tutti i patogeni a trasmissione respiratoria a maggior potenziale pandemico	Monitoraggio del Piano Pandemico	DS	Prevenzione	UOC SISP
B1	DGR n. 1159/2024 Approvazione dello schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni delegate alle Aziende ULSS. Art. 18, comma 1, lett. e) della L.R. n. 9/2024. Deliberazione/CR n. 120 del 1 ottobre 2024,	Adozione schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni delegate alle Aziende ULSS	DSS	Territoriale	UOC Sociale + UOC DAT
B2	DGR n. 103/2024 Aggiornamento del modello organizzativo della rete di Medicina dello sport e dell'esercizio fisico approvato con D.G.R. n. 362 del 24 marzo 2020. integrazione della compagine del Coordinamento della rete clinica. Deliberazione/CR n. 138 del 29 dicembre 2023;	Attivazione delle nuove reti	DS	Prevenzione	UOSD Attività Motoria

Cod ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
B2	DGR n. 1162/2024 Modalità di costituzione e funzionamento della Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale. Art. 15, comma 2 della Legge regionale n. 9/2024. Deliberazione/CR n. 112 del 17 settembre 2024. e successive DGR istitutive di reti	Attivazione delle nuove reti	DSS	Territoriale	UOC Sociale
B3	DGR n. 34/2025 Programmazione e attribuzione alle Aziende ULSS delle risorse finanziarie regionali per la Non Autosufficienza - anno 2025. Deliberazione/CR n. 152 del 30 dicembre 2024	Rispetto della programmazione del fondo della non autosufficienza	DSS	Territoriale	UOC DAT + UOC DISNA
C1	DGR n. 874/2024 Rilascio dell'accreditamento istituzionale a soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002. DGR/CR n. 56 del 10 giugno 2024	Rendere disponibile on line l'elenco delle strutture accreditate che lavorano per conto del SSSR o degli accordi contrattuali con le aziende Ulss	DA	//	Qualità + UOS Specialistica + UOC DAT
C2	LR n. 48/2018 PSSSR paragr. Valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero e delle segnalazioni raccolte dagli uffici Urp aziendali	DS	//	UOS URP, Comunicazione e Marketing
D1	DGR n. 626/2024 Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA). Deliberazione/CR n. 35 del 9 aprile 2024.	Monitoraggio e supporto al Piano regionale del Governo delle Liste d'attesa	DS	Ospedaliera e Territoriale	UOS Specialistica
E2	DGR n. 287/2023 Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome, sottoscritto in data 30/05/2022 tra Ministero della Salute e Regione del Veneto. Aggiornamento del "Piano regionale in attuazione del PNRR-Missione 6 Componente 1e 2"	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
E3	DGR n. 65/2025 Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30. Deliberazione/CR n. 146 del 3 dicembre 2024	Rispetto delle disposizione in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna	DA	//	UOC Gestione Risorse Umane e Specialistica + UOS Medicina Convenzionata
E4	DGR n. 1471/2024 Gestione diretta dei sinistri da responsabilità civile verso terzi da parte delle Aziende Ulss delle Aziende ospedaliere e dello IOV. Nuovo modello organizzativo. Deliberazione/CR n.144 del 28 novembre 2024.	Gestione e alimentazione di un sistema di controllo dei sinistri	DA	//	UOC Affari Generali + UOC Medicina Legale
F1	Perseguimento PNRR M6 C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale	Utilizzo e ulteriori implementazioni del fascicolo sanitario elettronico	DA	//	UOC Sistemi Informativi
F2	Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria (data breach Ulss 6 Euganea gennaio 2022)	Implementazione gestione Cyber security	DA	//	UOC Sistemi Informativi
Obiettivi Gestionali BEP 2026					
Contenimento dei Costi relativi ai beni sanitari, riconducendoli ai tetti regionali:	Assegnazione di budget rigidi alle UU.OO. Aziendali (sia ordinatori sia utilizzatori)	Rispetto Progettualità	DA + DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
	Stretta osservanza degli esiti di gara e delle priorità da dare ai fornitori per l'approvvigionamento	Rispetto Progettualità	DA + DS	//	UOS Dispositivi Medici
	Ulteriore sviluppo della distribuzione diretta	Rispetto Progettualità	DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
	Riorganizzazione delle modalità di coinvolgimento e responsabilizzazione di AOUI e dei Privati Accreditati nell'uso e prescrizione dei beni sanitari a carico dell'ULSS, proponendo l'istituzione di: - una Commissione Terapeutica dell'Azienda ULSS 9, della quale dovranno far parte anche i due maggiori privati accreditati che insistono sul territorio dell'AULSS 9, separata dalla Commissione Terapeutica Sovraziendale, istituita presso AOUI VR - Gruppi di Lavoro dedicati a specifici argomenti, con la partecipazione sia dell'AOUI VR sia dei Privati accreditati della provincia di Verona	Rispetto Progettualità	DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
	Avvio di un progetto di audit strutturato con i Medici di Medicina Generale (MMG) per la spesa farmaceutica e l'appropriatezza prescrittiva	Rispetto Progettualità	DS	//	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale

Cod ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
	Completa informatizzazione del percorso di prescrizione/autorizzazione/consegna tramite piattaforma GOpenCare, dei dispositivi medici per stomie, pannolini, e farmaci e dispositivi per la fibrosi cistica	Rispetto Progettualità	DA + DS	//	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
	Revisione delle procedure di autorizzazione e verifica delle prescrizioni di protesica	Rispetto Progettualità	DA + DS	//	UOC DAT (UOS Protesica)
	Omogeneizzazione tra i distretti all'interno dell'Azienda dei parametri collegati al consumo delle risorse	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC DAT
	Puntuale e tempestivo monitoraggio mensile dei consumi e delle prescrizioni	Rispetto Progettualità	DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
Efficientamento delle strutture Ospedaliere a fronte dell'Apertura delle Strutture Territoriali	Revisione e specializzazione della rete di offerta ospedaliera	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera	UU.OO.CC. DMO
	Aumento dei Volumi di attività istituzionale conseguenti alle politiche del personale	Rispetto Progettualità	DA + DS	Ospedaliera, Territoriale e Prevenzione	UU.OO.CC. DMO
	Predisposizione di Piani Operativi Aziendali per la riduzione delle liste d'attesa, subordinati alla disponibilità di risorse regionali a copertura	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera e Territoriale	UOS Specialistica
Razionalizzazioni sedi aziendali	Verifica utilizzo immobili ed ottimizzazione con concentrazione degli spazi attivi e conseguente proposta di dismissione immobili non più utilizzati	Rispetto Progettualità	DA	Ospedaliera, Territoriale e Prevenzione	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Progetto di potenziamento delle attività nella sede di Marzana con trasferimenti da altre sedi e conseguenti dismissioni di utilizzo di aree	Rispetto Progettualità	DSS	Territoriale	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Centralizzazione dell'attività di allestimento antiblastici nell'Unità Farmaci Antiblastici (UFA)	Rispetto Progettualità	DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
Razionalizzazioni dei Trasporti Sanitari	Revisione procedure di utilizzo dei trasporti sanitari, in particolare delle autorizzazioni	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera e Territoriale	UU.OO.CC. DMO
	Revisione dell'organizzazione del Centralino Unico Trasporti (CUT)	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC DAO
	Razionalizzazione dei trasporti secondari	Rispetto Progettualità	DA	Ospedaliera e Territoriale	UOC DAO
	Razionalizzazione della rete per l'emergenza territoriale	Rispetto Progettualità	DA + DS	//	UOC DAO
Riduzione dei costi relativi al Global Service (riscaldamento e manutenzione)	Conclusione della nuova gara calore	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Puntuale e tempestivo monitoraggio mensile delle variabili che determinano i saldi	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Riduzione dei servizi non sanitari (Lavanderia e pulizia)	Assegnazione di budget rigidi alle UU.OO. Aziendali DEC	Rispetto Progettualità	DA	Ospedaliera e Territoriale	UOC DAO, UOC DAT
	Revisione procedure di verifica delle fasi di autorizzazione	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC DAO, UOC DAT
Efficientamento dell'apparato amministrativo	Revisione dei processi	Rispetto Progettualità	DA	//	Unità con processi da revisionare
	Informatizzazione delle procedure amministrative	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Informatica
	Riorganizzazione dei magazzini per sfruttare ulteriori potenziali sinergie	Rispetto Progettualità	DA	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
	Collaborazione all'implementazione del progetto di logistica integrata regionale "Progetto ONE"	Rispetto Progettualità	DA	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
Contenimento dei costi per servizi sanitari	Riduzione del fabbisogno di servizi sanitari da privato come conseguenza di specifiche politiche di internalizzazione (ad esempio le guardie anestesologiche).	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera	UOC DAO

Cod Ind	INDICATORE	SOGLIA	Area	Funzione	UO Capofila
Rinforzare la partnership con AOUI	Sottoscrizione di un accordo con AOUI per governare il livello di attività specialistica ed ospedaliera	Rispetto Progettualità	DS	Ospedaliera	UOS Specialistica
	Tavolo di confronto con AOUI per il governo dei consumi indotti dai loro centri specialistici in particolare per i consumi dei pazienti diabetici e con malattie rare	Rispetto Progettualità	DS	//	Dipartimento Funzionale del Farmaco
	Informatizzazione dei Piani terapeutici	Rispetto Progettualità	DS	//	UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale
	Sottoscrizione di un accordo con AOUI per la riorganizzazione dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale nelle sedi di Borgo Trento e Borgo Roma	Rispetto Progettualità	DS	//	DSM
	Progettualità Interaziendali con AOUI per efficientare l'attività amministrativa	Rispetto Progettualità	DA	//	UOC Provveditorato, UOC CDG, UOC Risorse Umane, UOC Tecnico
	Definizione di accordi per la gestione appropriata di attività di screening e di medicina necropsica Dip Prevenzione, DAP	Rispetto Progettualità	DS	Prevenzione	UOC Medicina Legale
Anticorruzione ed Altri obiettivi di sviluppo Organizzativo					
RPCT1	Perfezionamento del sistema di prevenzione amministrativa della corruzione attraverso lo sviluppo degli strumenti e dei presidi previsti dalla vigente normativa	Proseguimento progettualità	DA	//	Anticorruzione
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	Interventi mirati a garantire uniformità e completezza dei contenuti e omogeneità della veste grafica delle sezioni "amministrazione trasparente"	DA	//	Anticorruzione
RPCT3	Corretta trattazione delle istanze di accesso civico generalizzato	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	//	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.	Proseguimento progettualità	DA	//	Anticorruzione

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025

Azienda		509 - Scaligera																	
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti1	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale2	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers, a T. DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazioni	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale5	Altre Tipologie	
						CCNL: L. 213/2023; D.L. 202/2024	Con Specifico Finanziamento3												
		1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili																Con Specifico Finanziamento4	
		FTE ANNUI		€ 336.714.909,83	€ -	Dirigenza	€ -	€ -	11.755.728,80 €	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario						€ -	€ -	€ -	
		A	B			€ 3.755.945,85				9.886.159,00									
				€ 336.714.909,83	€ -	Comparto	€ -	€ -	11.755.728,80 €	Altro Personale						€ -	€ -	€ -	
		A	B			€ 663.722,73				839.636,00									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	773,0	173,2	€ 90.003.134,84	€ -	€ 3.644.580,29	€ -	€ -	€ 8.627.595,35	€ 2.905.360,40	€ 1.235.384,53	€ 3.542.849,63	€ -	€ 805.133,00	€ 4.945.877,93	€ -	€ -	€ 4.547.000,00
	Dirigenza veterinaria	S	88,1	20,5	€ 9.564.016,44	€ -	€ 68.174,17	€ -	€ -	€ 176.900,29	€ -	€ 539.588,41	€ 20.760,78	€ -	€ -	€ 539.588,41	€ 672.025,34	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	121,1	30,0	€ 10.054.930,26	€ -	€ 43.191,38	€ -	€ -	€ 939.990,99	€ 237.817,99	€ 284.550,47	€ -	€ -	€ -	€ 522.368,46	€ 643.771,14	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	25,3	0,0	€ 3.215.573,35	€ 256.156,54	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.007,4	223,7	€ 112.837.654,89	€ 256.156,54	€ 3.755.945,84	€ -	€ -	€ 9.744.486,63	€ 3.143.178,39	€ 2.059.523,41	€ 3.563.610,41	€ -	€ 805.133,00	€ 6.007.834,80	€ 1.315.796,48	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.281,3	1,9	€ 112.577.765,81	€ -	€ 205.788,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 268.288,43	€ -	€ -	€ -	€ 268.288,43	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	248,6	6,7	€ 11.353.461,44	€ -	€ 326.231,88	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 197.641,83	€ -	€ -	€ 61.059,00	€ 258.700,83	€ -	€ -	€ 122.166,68
	Personale della riabilitazione	S	341,1	1,7	€ 13.193.895,66	€ 1.604.223,31	€ 41.699,86	€ -	€ -	€ -	€ 39.804,00	€ 86.895,08	€ -	€ -	€ -	€ 126.699,08	€ 8.750,00	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	121,8	0,5	€ 5.653.979,24	€ -	€ 52.402,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 93.764,41	€ -	€ -	€ -	€ 93.764,41	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,3	€ -	€ -	€ 37.599,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS	SS	929,0	0,0	€ 32.439.611,59	€ 2.301.461,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 13.386,26	€ -	€ -	€ -	€ 13.386,26	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	271,8	0,0	€ 8.763.272,77	€ 3.289.007,30	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 28.990,68	€ -	€ -	€ -	€ 28.990,68	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	527,3	57,0	€ 20.794.728,01	€ 478.555,98	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 159.241,78	€ -	€ -	€ -	€ 159.241,78	€ 44.850,00	€ -	€ 2.428.691,40
TOTALE PERSONALE COMPARTO			4.721,0	68,2	€ 204.776.714,52	€ 7.673.248,28	€ 663.722,73	€ -	€ -	€ 39.804,00	€ 848.208,47	€ -	€ -	€ 61.059,00	€ 949.071,47	€ 53.600,00	€ -	€ 2.550.858,08	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			5.728,4	291,9	€ 317.614.369,41	€ 7.929.404,82	€ 4.419.668,57	€ -	€ -	€ 9.744.486,63	€ 3.182.982,39	€ 2.907.731,88	€ 3.563.610,41	€ -	€ 866.192,00	€ 6.956.906,27	€ 1.369.396,48	€ -	€ 7.097.858,08

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in 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 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo 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.

DIRETTORE GENERALE

Tabella B - Scheda 1 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

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	1.015	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	94	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	177	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	36	2	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.322	2	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.883	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	287	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	357	58	9	0	0
	Personale della prevenzione	S	225	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	985	94	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	387	102	44	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	645	29	0	0	0
TOTALE PERSONALE COMPARTO			5.769	283	53	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA			7.091	285	53	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

Il Proponente: Il Direttore UOC Controllo di Gestione dott. Antonio Moretto

Il Direttore Generale

** Personale come definito come atti di intesa L.R. 9/2024 e attività delegate

* Personale che svolge attività delegate

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. DEL

Pagina 91 di 92

