

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

P I A O 2025
2027

Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Scansiona per visualizzare il
documento pubblicato in
Amministrazione Trasparente



Sommario

1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA	4
1.1	Il territorio e la popolazione	4
1.2	L'attività	9
1.2.1	L'assistenza ospedaliera	9
1.2.2	L'assistenza distrettuale	12
1.2.3	Il Dipartimento di Prevenzione	19
2	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	21
2.1	Valore Pubblico	22
2.1.1	Linee strategiche e obiettivi per la creazione di Valore Pubblico	22
2.1.2	Efficientamento energetico e rispetto per l'ambiente	25
2.1.3	Digitalizzazione e accessibilità ai servizi	25
2.1.4	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.	26
2.1.5	Azioni positive: pari opportunità e benessere organizzativo	27
2.2	Performance	29
2.2.1	Le linee strategiche e gli obiettivi	29
2.2.2	Il Documento di Direttive	30
2.2.3	Il sistema di programmazione e verifica dei risultati	40
2.2.4	Raccordo tra le Sezioni Performance e Rischi corruttivi e Trasparenza	42
2.3	Rischi corruttivi e trasparenza	44
2.3.1	Obiettivi	45
2.3.2	Soggetti: compiti e responsabilità	47
2.3.3	Processo di predisposizione della Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza	52
2.3.4	Analisi del contesto	53
2.3.5	Valutazione dei rischi corruttivi	58
2.3.6	Trattamento del rischio	60
2.3.7	Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza	78
3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	80
3.1	Struttura organizzativa	80
3.2	Organizzazione del lavoro agile	82
3.2.1	Evoluzione normativa: dallo smart working emergenziale a quello ordinario	82
3.2.2	Lavoro agile alla luce della contrattazione collettiva	85
3.3	Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale	88
3.4	Formazione Aziendale	94
4	MONITORAGGIO	98
ALLEGATI		



SEZIONE 1

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA



1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 3 SERENISSIMA

Sede Legale	Via Don Tosatto, 147 – Mestre (VE)
Partita Iva e Codice Fiscale	02798850273
PEC	protocollo.aulss3@pecveneto.it
Sito web istituzionale	https://www.aulss3.veneto.it/
Direttore Generale	Dott. Edgardo Contato

1.1 Il territorio e la popolazione

Il territorio aziendale è suddiviso in 4 Distretti: Distretto 1 (Venezia città storica ed isole); Distretto 2 (Venezia Terraferma, Marcon e Quarto d'Altino); Distretto 3 (Mirano-Dolo) e Distretto 4 (Chioggia).





I distretti si articolano in 23 Comuni, i cui territori coprono una superficie complessiva di 1.358,96 kmq:

*I 23 Comuni
serviti dall'azienda
Ulss 3 Serenissima*



Campagna Lupia

Campolongo
Maggiore

Camponogara



Cavarzere



Chioggia



Cona



Dolo



Fiesco d'Artico



Fossò



Marcon



Martellago



Mira



Mirano



Noale



Pianiga



Quarto d'Altino



Salzano

Santa Maria
di Sala

Scorzè



Spinea



Stra



Venezia



Vigonovo

INDICATORI DEMOGRAFICI

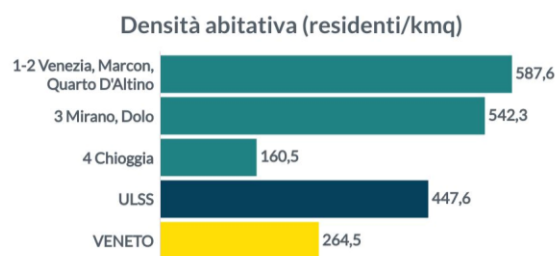
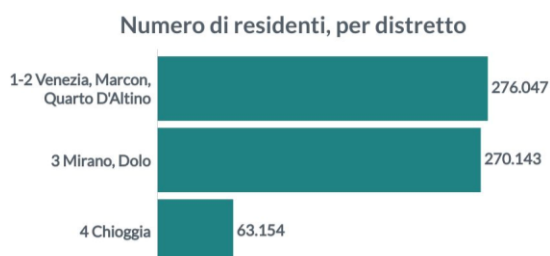
Al 1° gennaio 2024, la popolazione residente nel territorio aziendale ammontava a 609.344 abitanti.

I grafici sottostanti illustrano la distribuzione della popolazione per distretto, e la densità abitativa, pari a 447,6 abitanti per km², un valore che risulta superiore alla media regionale.



609.344

**RESIDENTI
IN ULSS**

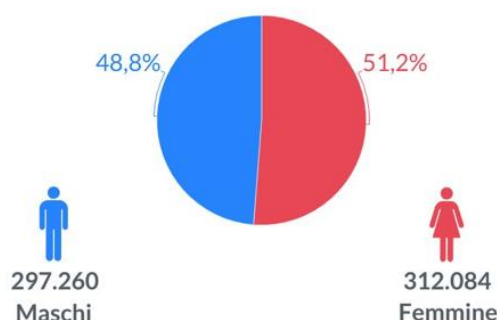


Fonte dati: ISTAT – Popolazione al 01/01/2024 (indice natalità al 31/12/2023)



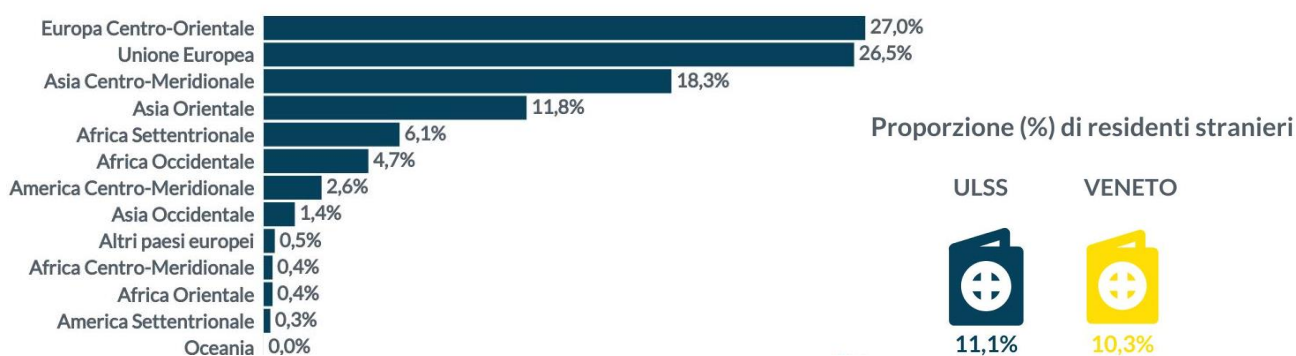
Come evidenziato dal grafico sottostante, la popolazione residente è composta per il 51,2% da donne e per il 48,8% da uomini.

Distribuzione della popolazione residente, per sesso



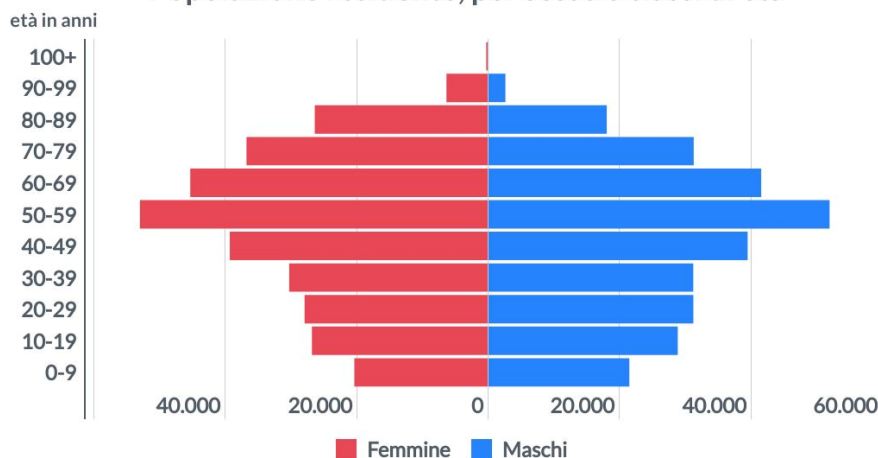
I cittadini stranieri residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 3 rappresentano l'11,1% della popolazione totale, un valore superiore alla media regionale pari al 10,3%. Il grafico sottostante mostra la suddivisione della popolazione straniera per Paese di provenienza.

Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine

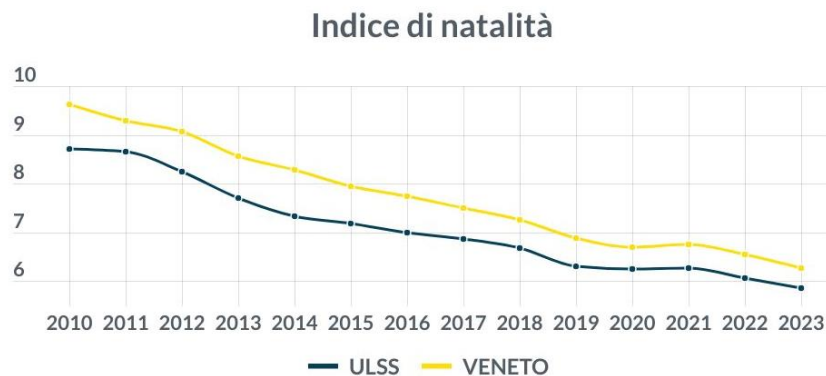


La Piramide demografica rappresenta la struttura per età e genere della popolazione residente nel territorio aziendale. Dai dati emerge che le fasce d'età più basse riguardano per la maggior parte gli uomini, mentre in quelle più alte prevale la componente femminile.

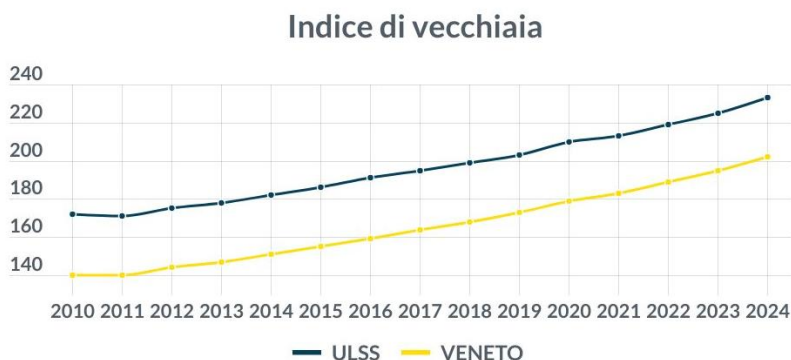
Popolazione residente, per sesso e classi di età



Le fasce d'età più popolate sono 50-59 anni e 60-69 anni, mentre quelle meno popolate riguardano i bambini di età compresa tra gli 0 e i 9 anni. Questo dato risulta coerente con la tendenza decrescente delle nascite, osservabile nel grafico sottostante, in cui viene illustrato l'andamento dell'indice di natalità (numero dei nati/popolazione media residente*1000) negli ultimi anni.



Il grafico sottostante riporta la tendenza relativa all'indice di vecchiaia (popolazione over 65 rapportata alla popolazione under 15*100) negli ultimi anni. Tale indicatore nel 2024 ha raggiunto un valore di 233, contro una media regionale di 202.



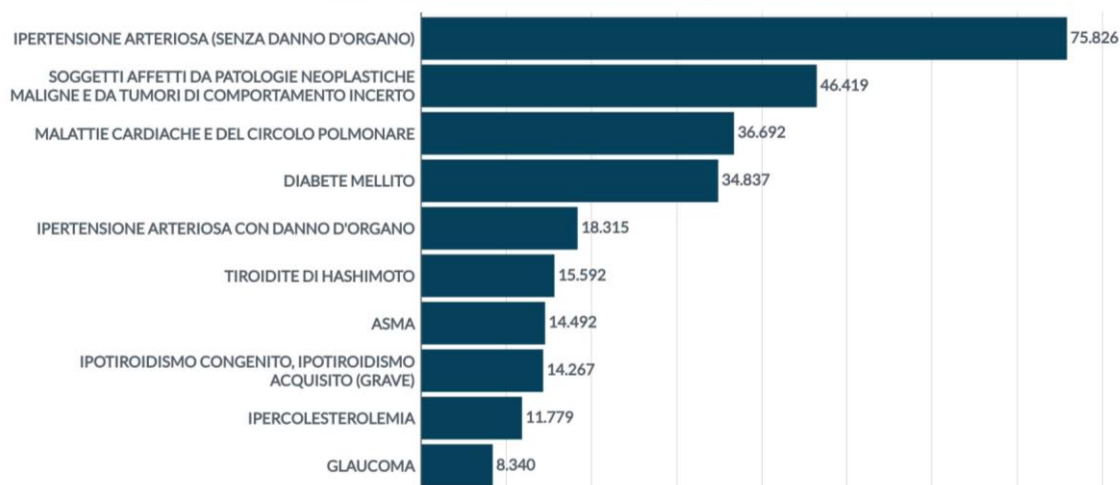
Dal grafico si può notare come l'andamento dell'indice di vecchiaia sia crescente: ciò è legato alla combinazione di diversi fattori sociali che comportano la diminuzione del numero di donne in età fertile con la conseguente riduzione delle nascite e l'aumento dell'incidenza della popolazione over 65 sul totale.

Tale aumento è associato anche all'allungamento della vita media della popolazione, che si accompagna ad una sempre maggiore prevalenza di patologie croniche che si manifestano prevalentemente in età anziana e che sono spesso presenti contemporaneamente in uno stesso soggetto.

Alla maggior diffusione di queste malattie corrisponde una richiesta di cura sempre più complessa e continuativa nel tempo poiché gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono rivolti al miglioramento generale del quadro clinico, alla minimizzazione dei sintomi e all'innalzamento della qualità della vita, non essendo possibile guarire dalla malattia. Una conferma di questo fenomeno si può vedere nelle esenzioni per patologia. Il grafico seguente riporta le 10 esenzioni per patologia più diffuse tra gli assistiti residenti nel territorio aziendale: si evidenzia la diffusione di malattie croniche.

339.180
**ESENZIONI ATTIVE
PER PATOLOGIA**

Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)

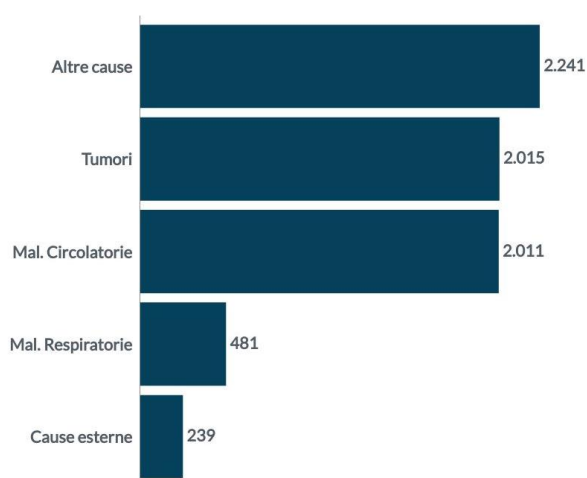


Fonte dati: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale anno 2024

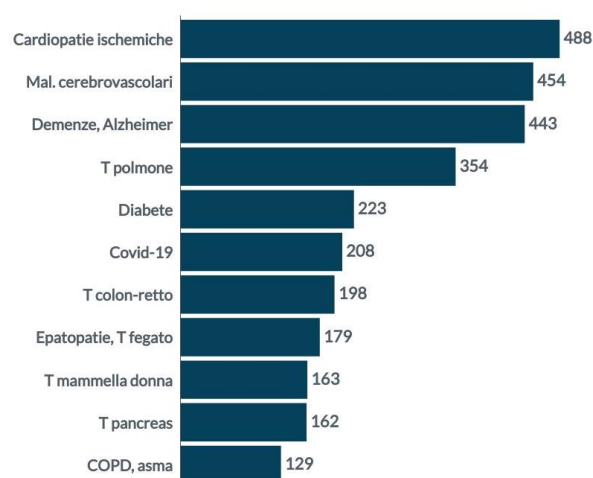
Per quanto riguarda i dati riguardanti la mortalità, gli ultimi dati disponibili relativi al 2023 evidenziano un numero di decessi pari a 6.907. Nel grafico sottostante sono riportati i decessi dei residenti per macro causa e per alcune cause specifiche.

6.987
DECESSI

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso



Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso



Fonte dati: Registro regionale di Mortalità, anno 2023

1.2 L'attività

L'Azienda per erogare i servizi si avvale di tre macro-strutture tecnico-funzionali: il Distretto Socio Sanitario, l'Ospedale e il Dipartimento di Prevenzione, cui si affiancano i servizi amministrativi, chiamati a svolgere funzioni di supporto all'attività di produzione ed erogazione dei servizi.

Al fine di perseguire le finalità istituzionali, l'Azienda pone in essere politiche e sistemi di pianificazione, controllo e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

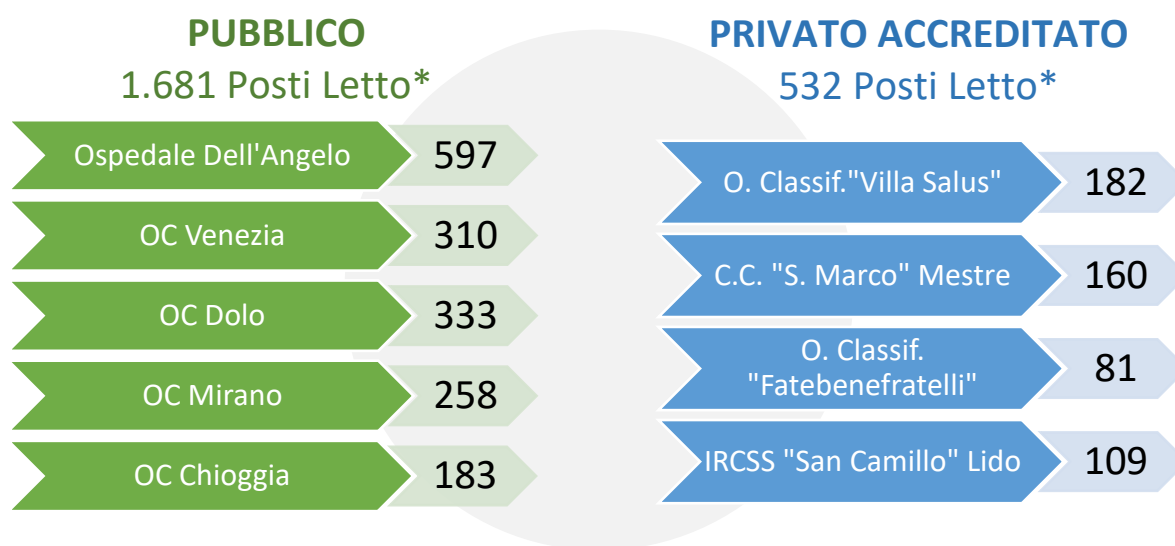
1.2.1 L'assistenza ospedaliera

L'Ospedale è la Struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda assicura nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario e integrato con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari in conformità alla pianificazione sanitaria regionale.

L'Ospedale dell'Angelo di Mestre è l'ospedale di riferimento provinciale, avendo una dotazione costituita dalle specialità di base e di medio livello per il territorio di afferenza e da alte specialità destinate a servire un'area più estesa, in linea con l'assegnazione alla struttura di una funzione di centro hub sovra aziendale. L'Ospedale di Venezia, il presidio ospedaliero su due sedi di Mirano e Dolo e l'Ospedale di Chioggia sono invece identificati come ospedali di rete (spoke) e garantiscono l'attività di emergenza urgenza, le attività specialistiche e di ricovero, ad esclusione di quelle ad alta complessità, e i servizi di diagnosi e cura.

Nel territorio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima sono presenti 9 ospedali, di cui 5 pubblici e 4 privati accreditati, per un totale di 2.213 posti letto assegnati dalla Programmazione Regionale.

La tabella seguente riporta per ogni struttura la ripartizione dei posti letto esistenti:



(*) Posti letto d.G.R. 614/2019 comprensivo di fuori regione

1.2.1.1 Ricoveri

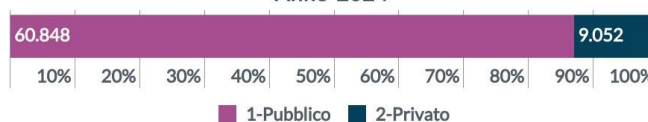
Nell'anno 2024 i ricoveri ospedalieri sono stati 69.900 (escluso DRG 391 – Neonato Normale), di cui 60.848 nelle strutture pubbliche e 9.052 in quelle private accreditate.

**RICOVERI
OSPEDALIERI**
Anno 2024

69.900

Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura

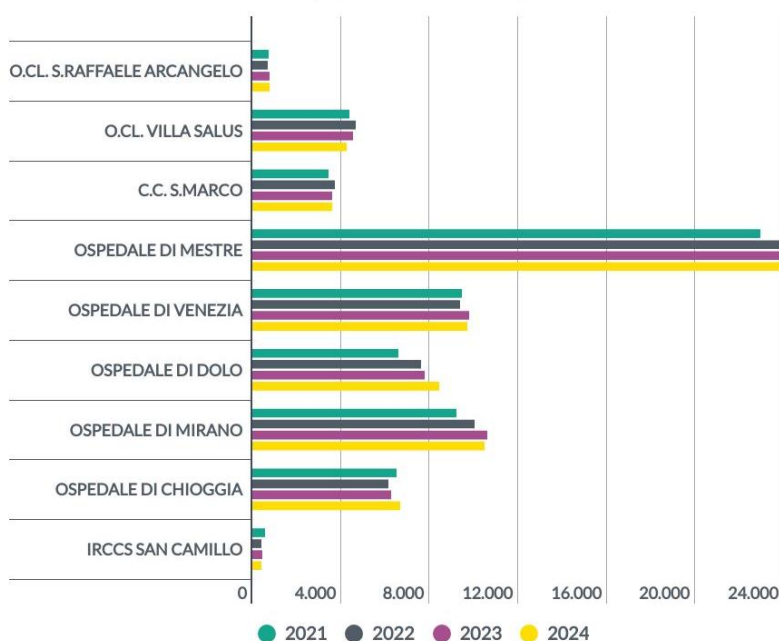
Anno 2024



Fonte dati: Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) Anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024))

Escluso DRG 391 – Neonato Normale

Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero

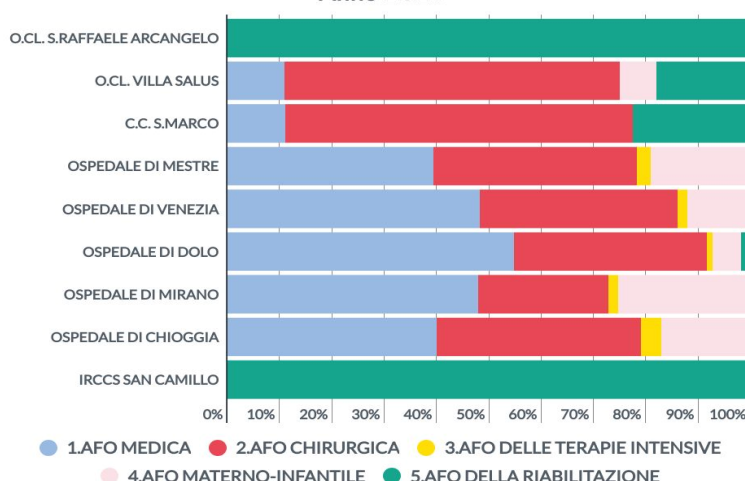


Il grafico sopra riportato rappresenta i ricoveri erogati presso ciascuna struttura (pubblica o privata accreditata) negli anni 2021-2022-2023-2024, confermando un trend in crescita per le strutture pubbliche.

Di seguito la distribuzione dei ricoveri per ospedale e per aree funzionali: area riabilitativa, area materno-infantile, area intensiva, area chirurgica ed area medica. L'ospedale "Fatebenefratelli" e l'IRCSS "San Camillo" sono strutture mono-specialistiche dedicate alla riabilitazione.

Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area

Anno 2024



Fonte dati: Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) Anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024)
 Escluso DRG 391 – Neonato Normale

1.2.1.2 Interventi chirurgici

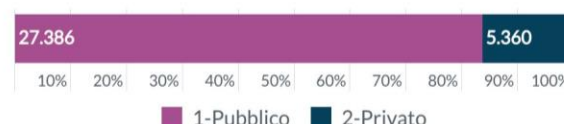
Nell'anno 2024 gli interventi chirurgici effettuati sono pari a 32.746, l'84% dei quali sono stati eseguiti presso strutture pubbliche, mentre il 16% presso le strutture private accreditate. Il grafico sottostante rappresenta la distribuzione degli interventi chirurgici per ospedale negli ultimi quattro anni. Si può notare un aumento dell'attività rispetto agli anni precedenti per quasi tutte le strutture.

**INTERVENTI
ESEGUITI**
 dimissioni con DRG chirurgico
 Anno 2024

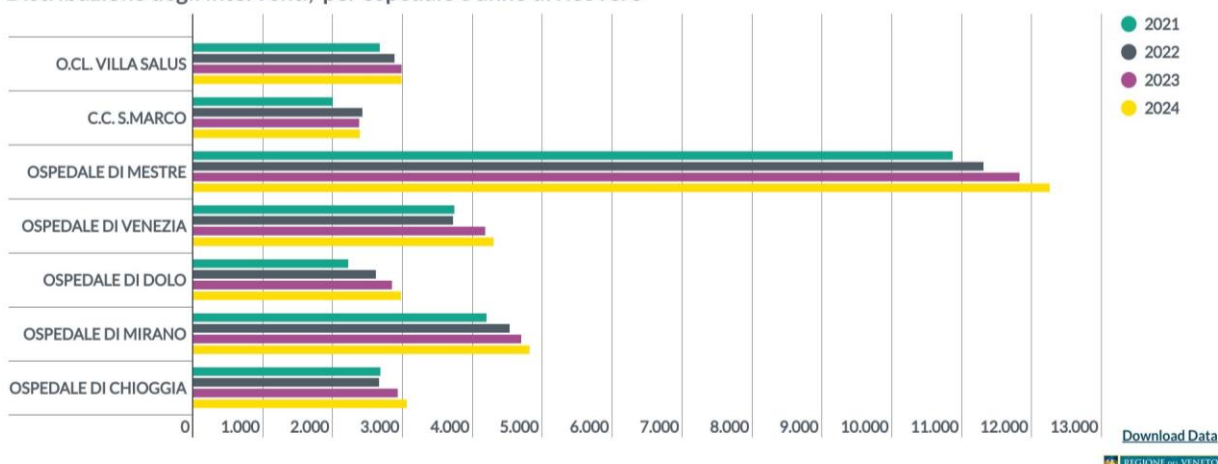


Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura

Anno 2024



Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero



Fonte dati: Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024)

1.2.1.3 Attività di Pronto soccorso

Il Pronto soccorso svolge attività di accettazione di soggetti in condizioni di emergenza e urgenza indifferibile e differibile, nonché attività di accettazione per i casi che si presentano spontaneamente e non rivestono carattere di emergenza-urgenza; assicura gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato. Il Pronto soccorso è presente in ogni ospedale dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

Nel 2024 il numero di accessi è stato complessivamente pari a 247.240 nelle cinque sedi di Pronto Soccorso aziendali. La distribuzione degli accessi per triage di accettazione evidenzia che il 54,9% degli accessi riguarda codici bianchi, il 20,4% codici verdi, l'8,6% codici gialli, 14,1% codici arancioni e il 2% codici rossi.

Il grafico che segue riporta gli accessi suddivisi per struttura negli ultimi 4 anni.

**ACCESSI IN
PRONTO SOCCORSO**
Anno 2024

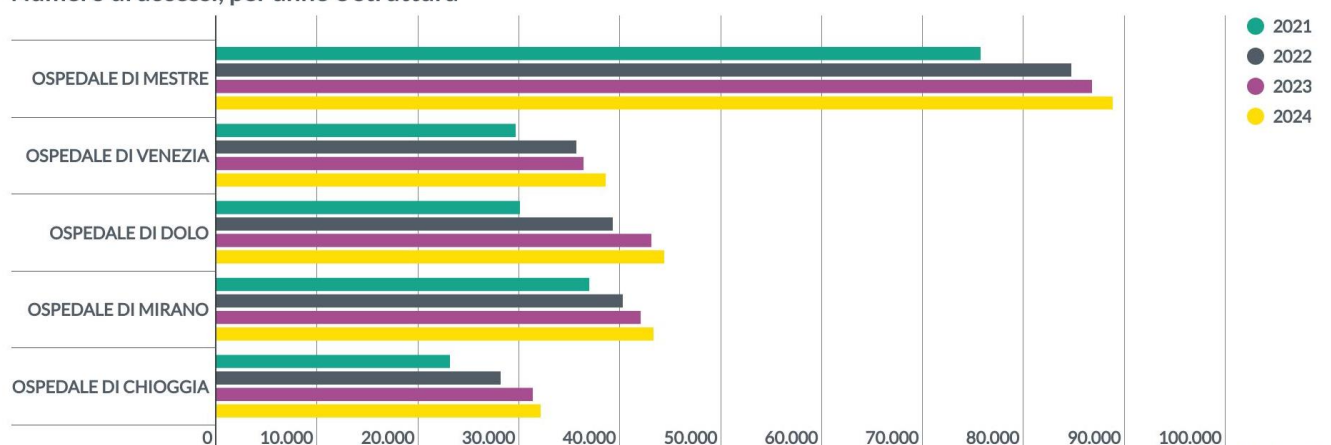


247.240

Distribuzione degli accessi, per triage di accesso
Anno 2024



Numero di accessi, per anno e struttura



Fonte dati: Flusso Pronto Soccorso (EMUR PS) anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024)

1.2.2 L'assistenza distrettuale

Il territorio dell'azienda è organizzato in Distretti sociosanitari. Ogni Distretto realizza l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, con l'obiettivo di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione; è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda sanitaria e coordina l'intera rete dei servizi sociosanitari.

L'Azienda si impegna a promuovere un forte coordinamento tra le strutture Ospedaliere e i Distretti Territoriali al fine di assicurare l'integrazione tra i diversi servizi. L'integrazione è volta a favorire un'efficace attività di prevenzione, a evitare ricoveri inappropriati e assicurare una dimissione "protetta" dei pazienti.

Afferiscono alle attività del Distretto Socio-Sanitario le seguenti funzioni:

- » Assistenza medica primaria
- » Assistenza infermieristica
- » Assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata
- » Cure palliative
- » Assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia
- » Assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale
- » Assistenza scolastica ed inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e sofferenza mentale
- » Assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze e dell'età evolutiva, in integrazione con i servizi specifici di riferimento per la parte tecnico-operativa
- » Assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti
- » Assistenza farmaceutica
- » Assistenza specialistica territoriale
- » Riabilitazione
- » Assistenza protesica
- » Assistenza penitenziaria
- » Azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute

1.2.2.1 L'assistenza specialistica

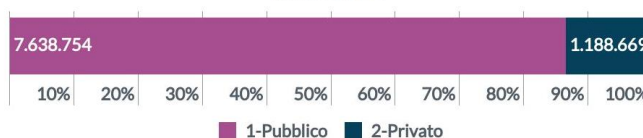
Complessivamente nel 2024 sono state eseguite 2.092.352 prestazioni ambulatoriali (escluso laboratorio), in aumento rispetto all'anno precedente. L'attività ambulatoriale complessiva è stata assicurata per circa l'86,5% dalle strutture pubbliche e per il restante 13,5% dagli istituti privati accreditati.

**PRESTAZIONI
AMBULATORIALI
EROGATE**
Anno 2024



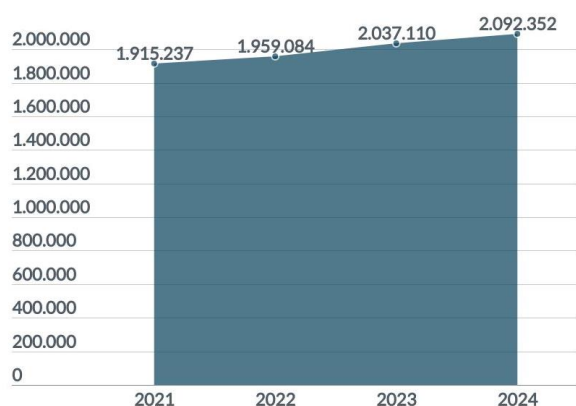
Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

Anno 2024

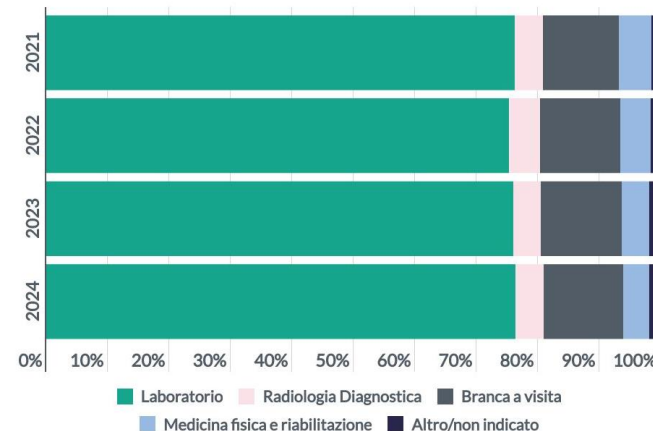


I grafici successivi illustrano l'andamento negli ultimi anni del numero di prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2021-2024 e la suddivisione per macrobranca:

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



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



Fonte dati: Flusso specialistica ambulatoriale anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024)

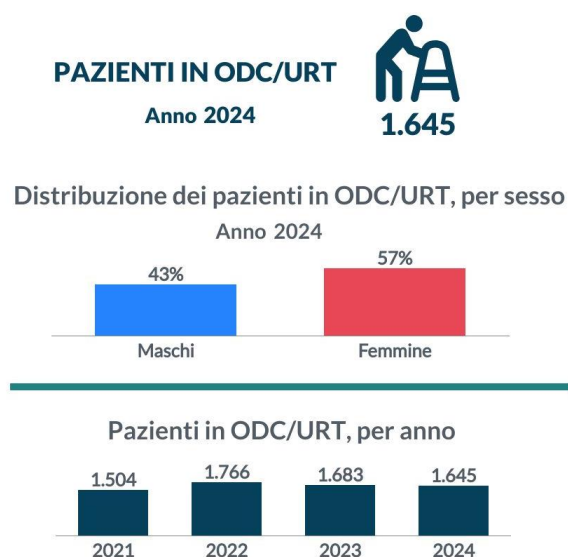
1.2.2.2 Strutture intermedie

Le strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali) garantiscono le cure necessarie a quei pazienti che necessitano ancora di assistenza sanitaria a bassa intensità clinica e continuativa, non erogabile a domicilio.

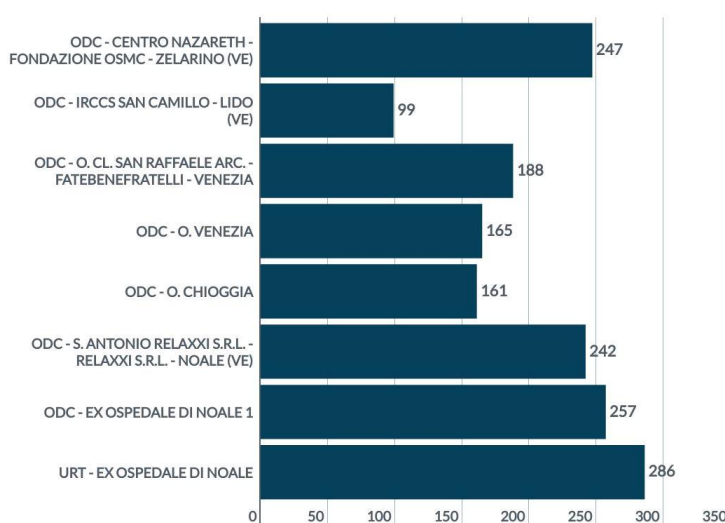
Gli OdC e URT nell'Azienda ULSS 3 Serenissima sono i seguenti:



Nel 2024 i pazienti assistiti negli Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali sono stati 1.645, il 57% dei quali femmine e il 43% maschi). I grafici che seguono riportano un dettaglio dei pazienti per struttura e l'andamento del numero di pazienti negli anni dal 2021 al 2024.



Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2024



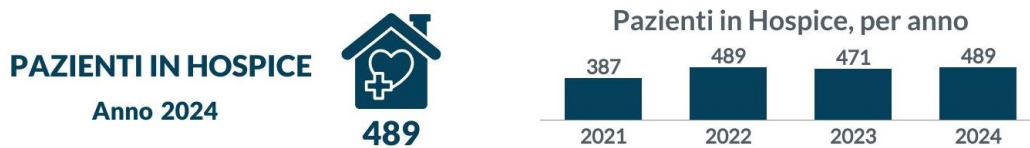
Fonte: Flusso ODC-URT, anni 2021-2024 (2024: 01/12/2023-30/11/2024)

1.2.2.3 Cure palliative

L'Hospice è una struttura a prevalente carattere sanitario, facente parte della Rete di Cure Palliative e destinato all'assistenza in ricovero, anche temporaneo, di persone affette da patologia in fase avanzata/terminale per la quale non esistono terapie specifiche. L'Hospice è una espressione residenziale delle Cure palliative, in cui viene ricreato un ambiente familiare attraverso una personalizzazione dello spazio e dell'assistenza.

Le strutture di Hospice sono situate a Mestre presso il Centro Nazaret di Zelarino e il Policlinico San Marco, a Venezia presso l'Ospedale Fatebenefratelli, per totali 41 posti letto.

Nel 2024 i pazienti assistiti negli hospice sono stati 489.



Fonte: Flusso Hospice, anni 2021-2024 (2024: 01/10/2023-30/09/2024)

1.2.2.4 Strutture residenziali e semiresidenziali

Nel territorio aziendale operano complessivamente 183 strutture extraospedaliere, pubbliche e private convenzionate, di cui 129 sono di tipo residenziale e 54 semiresidenziale. Tali strutture garantiscono assistenza sociosanitaria alle categorie socialmente più fragili come anziani, soggetti non autosufficienti, malati psichiatrici, ecc. Nei prospetti seguenti vengono riportati i dati relativi al numero di strutture articolate per area di attività con i relativi posti letto.

STRUTTURE RESIDENZIALI*								
AREA	Distretto Veneziano		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Azienda ULSS 3	
	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL
ANZIANI NON AUTO	17	2.279	13	1.550	3	244	33	4.073
ALTRI NON AUTO (ODC, SVP, URT, HOSPICE)	10	130	3	64	1	12	14	206
DISABILI	17	207	6	83	2	20	25	310
PSICHIATRICI**	12	145	7	68	1	9	20	222
MINORI***	23	194	4	42	1	8	28	244
DIPENDENZE/AIDS	8	143	1	24	0	0	9	167

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI*								
AREA	Distretto Veneziano		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Azienda ULSS 3	
	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL	strutture	n. PL
ANZIANI NON AUTO	5	112	6	115	2	44	13	271
DISABILI	9	210	14	284	4	83	27	577
PSICHIATRICI**	5	76	4	58	2	28	11	162
MINORI***	0	0	2	20	0	0	2	20
DIPENDENZE	0	0	1	24	0	0	1	24

* Posti autorizzati, escluse strutture religiose

** Compresa strutture di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza (NPJA)

*** Comprende Centri educativi esclusi gli asili

Fonte dati: mod. ministeriale STS24-2023, STS11-2024 e Direzione Socio-Sanitaria

La rete dei servizi sanitari si articola inoltre in numerose altre sedi distribuite nel territorio aziendale

PUNTI DI OFFERTA	Distretto Veneziano	Distretto Dolo Mirano	Distretto Chioggia	Totale Azienda
SEDI DISTRETTUALI	15	7	2	24
SEDI SPECIALISTICA AMBULATORIALE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	15	8	7	30
SEDI DIPARTIMENTO PREVENZIONE*	5	1	2	8
SEDI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**	6	2	3	11
SEDI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	7	6	2	15
SEDI DIPARTIMENTO DIPENDENZE	2	2	1	5
FARMACIE CONVENZIONATE	100	74	21	195

*Esclusi Centri vaccinali anti Covid-19

** Escluse strutture residenziali e semiresidenziali

Fonte dati: mod. ministeriale STS11-2024, Servizio Farmaceutico Territoriale e Direzione Socio-Sanitaria

1.2.2.5 Le Dipendenze

Il Dipartimento Dipendenze (UOC SERD) nell'anno 2024 ha seguito un totale di 3.838 pazienti con problemi di uso di sostanze e dipendenza nelle cinque sedi presenti a Mestre, Venezia, Mirano, Dolo e Chioggia.



➤ TOSSICODIPENDENTI: 2.019
➤ ALCOLISTI: 953
➤ DETENUTI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: 173
➤ GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: 177
➤ TABAGISTI: 233
➤ FAMILIARI DI GIOVANI A RISCHIO: 82
➤ DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE E CHIRURGIA BARIATRICA: 201
TOTALE 3.838

1.2.2.6 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali, rese a domicilio dell'ammalato, secondo piani programmati di assistenza individuale.

L'obiettivo principale dell'ADI è quello di favorire l'autonomia della persona non autosufficiente attraverso un programma di assistenza che cerca di recuperare o mantenere le capacità residue del paziente, permettendo al contempo che continui a vivere nel proprio ambiente familiare e sociale, supportando anche i familiari coinvolti nell'assistenza quotidiana.

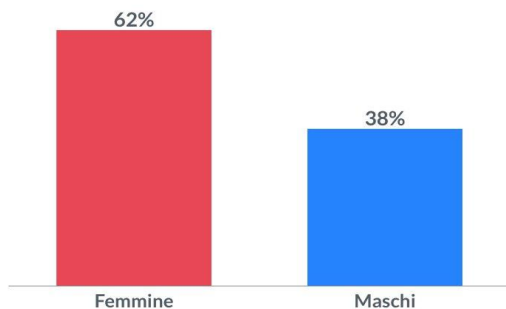
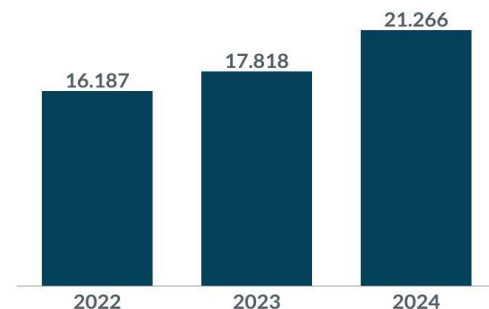
Nel 2024 i pazienti assistiti in ADI sono stati 21.266, in aumento rispetto agli anni precedenti. Si riporta la suddivisione per genere: il 62% degli assistiti sono donne, mentre il restante 38% sono uomini.


**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

Anno 2024

**21.266**
Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

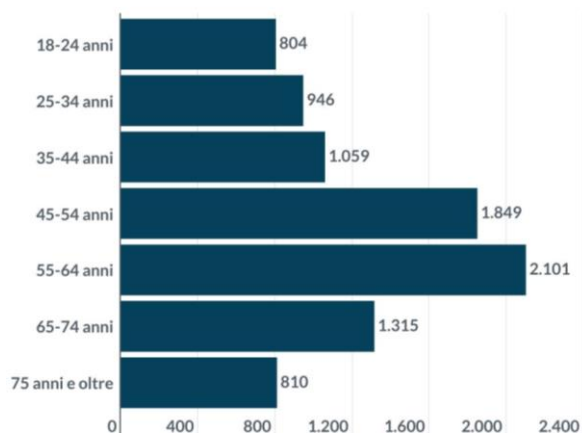
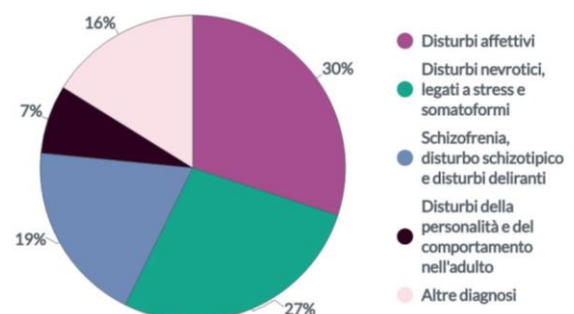
Anno 2024


Numero di pazienti in ADI, per anno


Fonte: Flusso Assistenza e Cure domiciliari – ADI, anni 2022-2024 (2024: 01/10/2023-30/09/2024)

1.2.2.7 Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute mentale opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati, agendo sul territorio secondo una logica di psichiatria di comunità. I grafici seguenti evidenziano il numero di utenti che nel 2024 hanno avuto almeno un contatto i servizi, suddividendoli per classe di età. Si riporta inoltre la distribuzione delle diagnosi per gruppo diagnostico.

**UTENTI CON ALMENO UN
CONTATTO CON I SERVIZI
DI SALUTE MENTALE**
**8.884**
**Numero di utenti con almeno un contatto
con i servizi di salute mentale, per età**

**Distribuzione delle diagnosi principali,
per gruppo diagnostico**


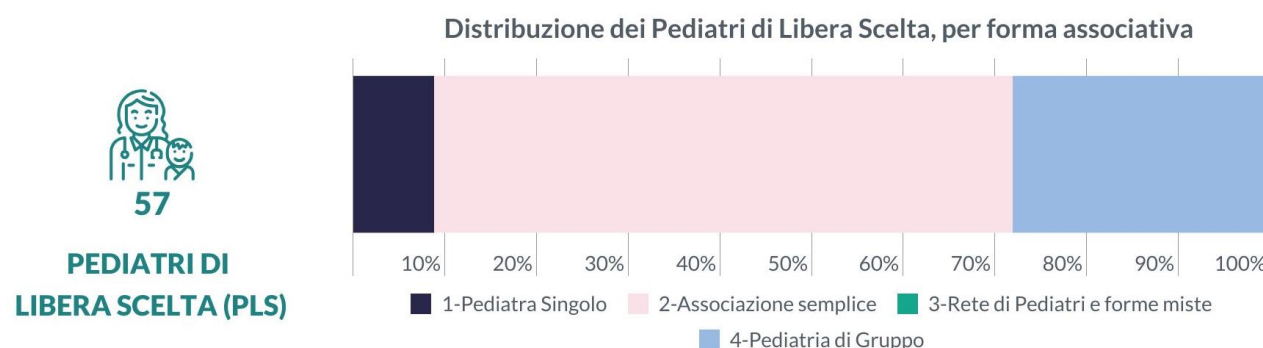
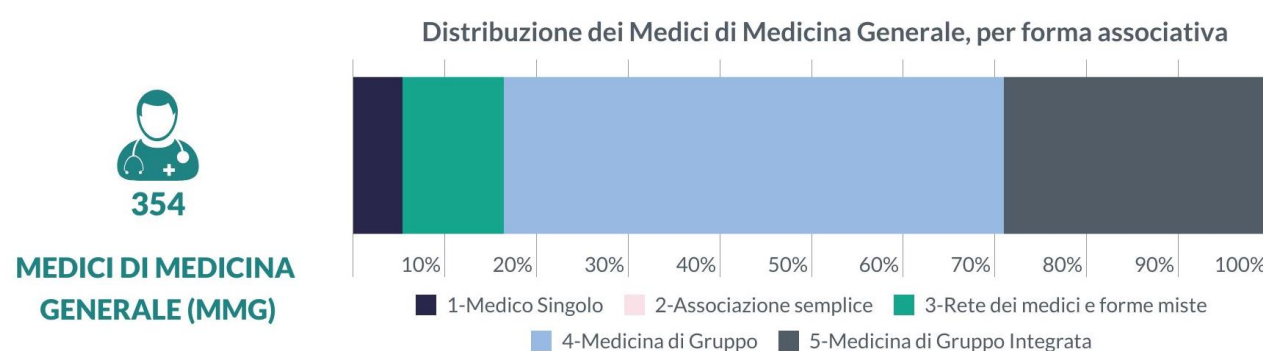
Fonte: Flusso Psichiatria Territoriale (SISM) anno 2024 (01/11/2023 – 31/10/2024)

1.2.2.8 Assistenza Primaria

Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta (che assiste i bambini dalla nascita fino ai 14 anni di età) garantiscono attenzione al complesso dei bisogni dell'assistito, coordinando tutti gli interventi sanitari svolgendo un'azione di promozione della sua salute. Essi rappresentano il primo contatto e il punto di riferimento principale del cittadino per l'accesso ai servizi del Servizio sanitario nazionale con cui hanno un rapporto regolato da accordi collettivi nazionali e regionali.

Questi professionisti sono liberamente scelti dal cittadino nell'ambito di residenza sulla base di un rapporto di fiducia.

I medici di medicina generale/pediatrati possono prestare la propria attività in forma singola oppure nell'ambito di associazioni con altri professionisti per favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza e la continuità assistenziale. Nel 2024 i medici di medicina generale erano 354, mentre i pediatri di libera scelta 57. I grafici che seguono illustrano la suddivisione per forma associativa.



Fonte: Anagrafe Sanitaria Unica Regionale, anno 2024

1.2.2.9 Assistenza farmaceutica, dispositivi medici e assistenza protesica

L'Assistenza Farmaceutica Territoriale ha lo scopo di garantire l'assistenza farmaceutica alla popolazione afferente al territorio di competenza tramite la rete delle farmacie convenzionate, l'erogazione diretta di medicinali/dispositivi a favore di pazienti affetti da particolari patologie o in dimissione ospedaliera e il confronto costante con Medici di Medicina Generale e Specialisti per la gestione del paziente sul territorio.

1.2.3 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Azienda preposta alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, attraverso funzioni rivolte direttamente alla comunità e all'ambiente di vita e di lavoro.

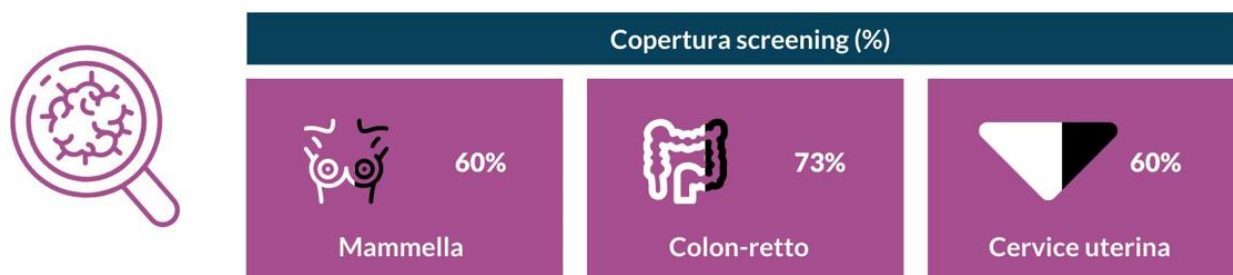
Il Dipartimento persegue direttamente obiettivi di:

- » profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- » tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- » tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- » sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- » tutela collettiva e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- » sanità pubblica veterinaria

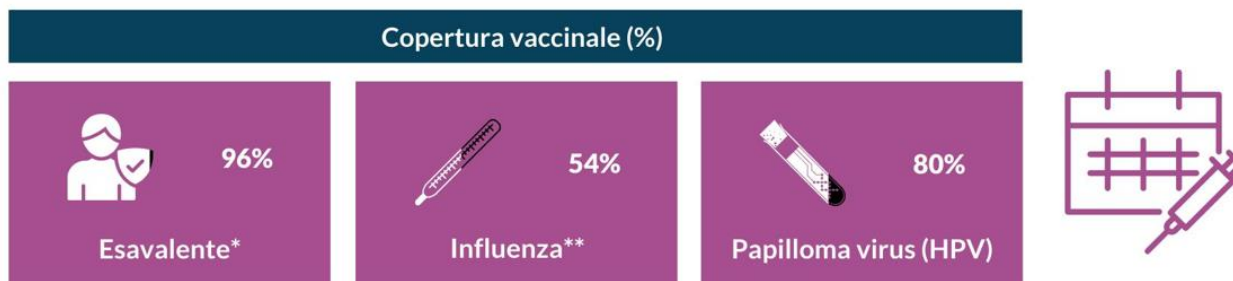
Esso inoltre concorre con gli altri dipartimenti e servizi aziendali alle attività inerenti alle funzioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronic-degenerative.

Rilevante è il ruolo che il Dipartimento esercita nell'attuazione di indirizzi nazionali e regionali, in collaborazione con le altre strutture e/o enti, a fronte di emergenze sanitarie e territoriali.

Tra le attività del Dipartimento, gli Screening Oncologici e le Vaccinazioni rivestono un ruolo di grande importanza. Di seguito sono riportate le percentuali di adesione agli screening principali e le percentuali di copertura vaccinale (ciclo base, influenza e Papilloma virus).



Fonte: Sistema Informativo Screening, anno 2024 periodo 01/01-30/09



*ciclo base pediatrico

**influenza nell'anziano (65+ anni)

Fonte: Ministero della Salute, "Esavalente" anno 2024 (periodo 01/01-30/07); "Influenza" e "HPV" anno 2023

SEZIONE 2

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

I principali strumenti di programmazione aziendale e i raccordi con il Piano Integrato di Attività ed Organizzazione

Il decreto legge 80/2021, convertito in legge 113/2021, recante “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”, all'articolo 6 prevede che “per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)”.

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare, con il d.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, sono stati individuati gli adempimenti relativi ai documenti che devono confluire nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132, ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Il Piano assorbe molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, inserendo in un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l'organizzazione del lavoro, compreso quello agile, il fabbisogno del personale, la parità di genere e la formazione. Il PIAO è suddiviso nelle seguenti sezioni: Scheda Anagrafica, Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e Trasparenza, Organizzazione e Capitale Umano.



2.1 Valore Pubblico

2.1.1 Linee strategiche e obiettivi per la creazione di Valore Pubblico

La Mission dell'Azienda Ulss 3 Serenissima è finalizzata alla creazione di "Valore Pubblico", ovvero nell'incremento del livello complessivo di benessere sotto il profilo socio sanitario della comunità (outcome), della quale fanno parte gli utenti che accedono ai servizi, gli stakeholder che interagiscono con l'Azienda e più in generale tutti i cittadini residenti nel territorio di competenza. Il Valore pubblico generato impatta in primo luogo sul benessere sanitario e sociale della comunità ma anche in altre dimensioni, tra le quali quella ambientale, economica ed occupazionale.

Tale approccio è coerente con il concetto di salute proprio dell'OMS, ovvero che: «*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia*» e promuove i principi sostenuti dal "Global Health" che pone particolare attenzione all'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione e alle influenze che su di essi esercitano i determinanti socio-economici, politici, demografici, giuridici e ambientali, esplicitando le interconnessioni tra globalizzazione e salute in termini di equità, diritti umani, sostenibilità economica.

Nel corso degli ultimi anni si è posta sempre maggiore attenzione al tema della misurazione del benessere degli individui e della società. L'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il Benessere Equo e Sostenibile (BES) con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere corredate da misure relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità.

A partire dal 2015, agli indicatori BES si sono affiancati gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite.

Per le aziende sanitarie, la cui Mission è appunto la creazione di Valore Pubblico, diventa fondamentale integrare all'interno dei suoi obiettivi strategici, anche gli SDGs. È stata quindi condotta un'analisi per capire quelli di maggior rilevanza per l'Azienda, da cui emerge che gli obiettivi delle Nazioni Unite in cui l'Azienda ULSS 3 Serenissima è maggiormente coinvolta sono i seguenti.



L'SDG 3 si concentra sul garantire salute e benessere per tutti. Mira a ridurre la mortalità, combattere le malattie, promuovere la salute mentale e l'accesso universale ai servizi sanitari essenziali. Per un'Azienda Sanitaria, rispettare l'SDG 3 significa offrire cure di alta qualità accessibili a tutti.



L'SDG 5 pone al centro l'impegno verso la parità di genere e l'emancipazione di donne e ragazze, obiettivi essenziali per costruire una società equa e inclusiva. Per un'organizzazione sanitaria, rispettare questo principio significa garantire accesso equo ai servizi sanitari, abbattendo barriere di genere.



L'SDG 6 mira a garantire accesso universale ad acqua pulita e servizi igienico-sanitari, riducendo l'inquinamento e ottimizzando l'uso delle risorse idriche. Nel settore sanitario, rispettarlo significa adottare tecnologie per ridurre sprechi d'acqua e migliorare l'efficienza nei consumi.



L'SDG 7 si propone di garantire a tutti l'accesso a un'energia affidabile, sostenibile e moderna, promuovendo l'uso di fonti rinnovabili e migliorando l'efficienza energetica. Per un ospedale significa adottare tecnologie e soluzioni energetiche sostenibili, come l'installazione di pannelli solari o l'utilizzo di altre fonti di energia rinnovabile. Vuol dire migliorare l'efficienza energetica delle proprie strutture, riducendo gli sprechi e ottimizzando i consumi.



L'SDG 9 promuove infrastrutture resilienti, industrializzazione sostenibile e innovazione, mirando a uno sviluppo inclusivo e rispettoso dell'ambiente. Nel settore sanitario, aderire a questo obiettivo significa investire in strutture moderne ed efficienti, con un basso impatto ambientale.



L'SDG 10 si propone di ridurre le disuguaglianze sociali, economiche e culturali, promuovendo l'inclusione e l'uguaglianza di opportunità. Per un'Azienda Sanitaria questo significa garantire cure di qualità a tutti i pazienti, indipendentemente da etnia, genere, condizione economica o sociale.



L'SDG 11 si concentra sul rendere le città e le comunità inclusive, sicure, resilienti e sostenibili. Mira a garantire abitazioni e servizi di base adeguati, infrastrutture sostenibili e la riduzione dell'impatto ambientale urbano. Per un ospedale significa contribuire alla resilienza delle comunità offrendo strutture sanitarie accessibili e sicure per tutti. Implica anche il coinvolgimento attivo nelle comunità locali, ad esempio attraverso piani di emergenza sanitaria che rispondano a disastri naturali o crisi ambientali, promuovendo un approccio integrato tra salute, sicurezza e sostenibilità urbana.



L'SDG 12 si propone di garantire modelli sostenibili di produzione e consumo. Mira a ridurre gli sprechi, ottimizzare l'uso delle risorse, gestire in modo responsabile i rifiuti e promuovere la sostenibilità lungo tutta la filiera produttiva. Nello specifico, un'Azienda Sanitaria può sensibilizzare il personale e i pazienti sull'importanza del consumo responsabile, contribuendo a creare una cultura orientata alla sostenibilità in ogni aspetto delle operazioni sanitarie.



L'SDG 13 invita a intraprendere azioni urgenti per combattere il cambiamento climatico e i suoi impatti. Mira a rafforzare la resilienza e la capacità di adattamento ai rischi climatici e a integrare misure di mitigazione nelle politiche e nei programmi nazionali.



L'SDG 16 promuove pace, giustizia e istituzioni solide. Mira a ridurre la violenza, garantire l'accesso alla giustizia per tutti e costruire istituzioni trasparenti, responsabili e inclusive. Nel contesto sanitario significa integrare pratiche che garantiscano equità, trasparenza e inclusione nei processi decisionali e operativi.

Il Valore Pubblico costituisce la nuova frontiera delle performance, per gestire secondo criteri di economicità le risorse a disposizione e per valorizzare il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini/utenti.

OBIETTIVI PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE



Con lo scopo di creare Valore Pubblico, l'Azienda segue una strategia volta a mantenere elevati livelli di qualità nelle prestazioni rese alla popolazione, assicurando la continua ricerca delle soluzioni più efficienti ed economiche attraverso la combinazione dei fattori della produzione, nonché l'adozione di condizioni organizzative tali da favorire la migliore espressione del potenziale professionale e umano dei propri operatori.

La creazione di Valore Pubblico prevede:

- il riconoscimento della **centralità della persona** in ogni processo socio-sanitario, considerata nell'inscindibilità dei suoi aspetti;
- la **collaborazione** tra gli operatori e con le altre istituzioni che concorrono alla salute della comunità, a garanzia dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale necessaria a assicurare la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale della persona e della sua famiglia;

- il **comportamento etico**, che deve informare l'attività di tutti gli attori che operano nell'Azienda e con l'Azienda;
- lo **spirito di servizio**;
- l'orientamento alla **qualità**, al **miglioramento continuo**, all'**innovazione** e alla **crescita personale**;
- la **legalità**;
- la **trasparenza**;
- la **buona amministrazione**.

L'Azienda si impegna dunque a organizzare l'attività dei servizi garantendo la presa in carico degli utenti e la continuità dei percorsi assistenziali, sulla base di criteri di integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale. In particolare, l'Azienda si adopera affinché il personale sia posto nelle condizioni di assistere le persone che ne hanno necessità, considerandone unitariamente tutti i bisogni fisici e psicologici (approccio olistico), garantendo altresì il rispetto degli standard prestazionali più elevati mediante l'impiego delle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza di efficacia e appropriatezza.

Ogni cittadino che fruisce dei servizi offerti dall'Azienda ha il diritto di essere assistito con continuità e attenzione, mediante prestazioni di elevato livello qualitativo, e con un approccio sempre rispettoso della dignità umana.

L'Azienda si prefigge di erogare i servizi nel costante rispetto dei seguenti principi:

- **Eguaglianza**: ogni cittadino ha uguali diritti riguardo all'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari. Nell'erogazione del servizio, nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti il sesso, l'appartenenza a gruppi di comunità, la lingua, la religione, le opinioni politiche e ogni altro orientamento di scelta personale;
- **Equità**: l'Azienda s'ispira a criteri d'imparzialità, cioè di giustizia e di obiettività. A ogni cittadino è dovuto un comportamento che rispetti la sua dignità;
- **Qualità**: l'Azienda assume ogni iniziativa finalizzata al continuo miglioramento della qualità;
- **Accessibilità**: per favorire l'accessibilità ai servizi, l'Azienda persegue la semplificazione delle procedure e promuove una costante informazione;
- **Continuità**: l'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa specifica, deve essere continua, regolare e senza interruzioni;
- **Diritto di scelta**: il cittadino ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio;
- **Sicurezza, Efficacia ed Efficienza**: l'Azienda adotta le misure idonee per garantire, nell'erogazione dei suoi servizi, il miglior rapporto possibile fra risorse disponibili, obiettivi perseguiti e risultati raggiunti, in regime di sicurezza per pazienti e operatori.

Il Valore Pubblico si crea perseguendo anche obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore.

2.1.2 Efficientamento energetico e rispetto per l'ambiente

Nel 2024, l'Azienda ha pubblicato il suo primo Bilancio di Sostenibilità, concentrandosi sulla rendicontazione degli impatti sociali, ambientali ed economici dell'Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo di Venezia dell'anno 2023, aderendo alla rendicontazione GRI (Global Reporting Initiative).

Il bilancio di sostenibilità vuole essere una fotografia completa e autentica dell'impegno aziendale su questi temi. È l'esito di un processo, ovvero del percorso verso la transizione ecologica e dello sviluppo verso una sempre maggiore sensibilità in merito ai temi legati all'ambiente e alla società, che l'Azienda sta portando avanti nel corso del tempo. Inoltre, tale documento, risulta essere essenziale per comunicare agli stakeholder (istituzioni, cittadini, fornitori, dipendenti, collaboratori) il proprio operato in modo chiaro e trasparente.

Dopo un'introduzione generale al tema e l'individuazione dei temi materiali, ovvero le tematiche prioritarie per l'Azienda, all'interno del Bilancio sono stati riportati gli impatti ESG (Environmental, Social, Governance) dell'Ospedale Civile di Venezia.

In particolare, nel documento sono state trattate le seguenti tematiche:

- trasparenza ed etica aziendale;
- sicurezza dei dati;
- gestione delle risorse umane, salute e sicurezza dei lavoratori;
- il benessere dell'utente e accesso all'assistenza sanitaria;
- consumi energetici ed emissioni;
- gestione dei rifiuti e dei materiali pericolosi.

Nel bilancio viene declinata la strategia di sostenibilità mettendo in evidenza gli ambiti in cui concentrare gli interventi nei prossimi anni, ovvero la formazione dei dipendenti, l'educazione dei cittadini, il miglioramento della comunicazione agli utenti, lo sviluppo impiantistico e le procedure di gestione dei rifiuti e degli acquisti.

Nel 2025 è prevista la redazione del bilancio di sostenibilità anche per l'Ospedale dell'Angelo di Mestre.

Come disciplinato dal Codice di comportamento aziendale, tutto il personale dipendente è tenuto a osservare le disposizioni aziendali che riguardano il rispetto dell'ambiente, in particolare per quanto concerne il corretto utilizzo dell'energia e delle risorse idriche ed in generale i comportamenti che favoriscono la riduzione dei rifiuti e il risparmio della carta.

2.1.3 Digitalizzazione e accessibilità ai servizi

Per migliorare l'accessibilità ai servizi, l'Azienda ULSS 3 Serenissima ha implementato soluzioni digitali innovative come "ZeroCoda" e "Smartcall": la prima consente ai cittadini di prenotare visite senza dover fare la fila fisicamente, il secondo, è un operatore virtuale che gestisce gli appuntamenti del Centro Unico di Prenotazione (CUP), rendendo le procedure più rapide e semplificate. Inoltre, per facilitare l'accesso alle prestazioni, nel sito aziendale è possibile accedere a "Ritiro Referti Online", i "Pagamenti Online" e "Prenotazione Prelievi". Oltre agli strumenti digitali, i pazienti hanno comunque la possibilità di recarsi allo sportello per effettuare la prenotazione.

L'Azienda, mediante il supporto della Regione del Veneto, ha reso disponibili le seguenti soluzioni:

- Sanità km zero: un'applicazione che consente ai cittadini di gestire le proprie ricette specialistiche online, evitando la necessità di ritirare la copia cartacea presso lo studio medico;

- il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSE) raccoglie i dati e i documenti digitali relativi alla salute dei cittadini, prodotti durante eventi sanitari e sociosanitari. Questo strumento consente al cittadino di consultare la propria storia clinica in formato digitale e di condividerla con i professionisti sanitari, previo consenso.

Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, per dare supporto alla programmazione dei servizi di assistenza sanitaria alla popolazione coerentemente con i bisogni sanitari e con il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Inoltre, il nuovo Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) regionale che verrà implementato permetterà di sostituire i tre diversi applicativi attualmente in uso (relativi alle tre ex aziende ULSS 12, 13, 14 che costituiscono ora l'Azienda ULSS 3) in modo da uniformare a livello aziendale l'infrastruttura informatica.

Il tutto si inquadra nell'ambito dello sviluppo della Missione 6 del PNRR che prevede anche il potenziamento degli strumenti di digitalizzazione al fine di garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità dei dati di carattere sanitario nel rispetto della normativa sulla privacy.

Formazione digitale del personale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell'innovazione nella pubblica amministrazione. In parallelo alla digitalizzazione dei servizi sta proseguendo il Piano strategico "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze dei dipendenti della pubblica amministrazione.

Nel corso del 2024 è continuato il progetto di formazione "*Syllabus*", con lo scopo di consolidare e promuovere le competenze digitali dei dipendenti pubblici per migliorare la qualità dei servizi erogati. Il corso ha interessato un numero sempre maggiore di dipendenti e proseguirà anche nel 2025.

2.1.4 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La Missione 6 del PNRR riguarda tutti gli interventi relativi alla salute e si articola in due componenti:

Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina (ADI, COT, telemedicina)
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario

- Aggiornamento tecnologico e digitale;
- Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

La prima componente è indirizzata soprattutto ai cittadini over 65, con lo scopo di garantire loro la massima accessibilità ai servizi, rafforzando le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Le Centrali Operative Territoriali garantiranno l'efficace coordinamento della presa in carico della persona e il raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali al fine di garantire la continuità del percorso di cura.

Le Case della Comunità sono presidi territoriali in cui, attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA), saranno coordinati tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità opererà un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute ed assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

Altro obiettivo riguarda il potenziamento dei servizi domiciliari, con l'obiettivo di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Il potenziamento dell'assistenza intermedia a livello territoriale avverrà invece attraverso gli Ospedali di Comunità, strutture sanitarie territoriali destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e degenze di breve durata.

La prima componente della Missione 6 del PNRR prevede anche il finanziamento di progetti di telemedicina per promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

La seconda componente, relativa a Innovazione, ricerca e digitalizzazione comprende:

- l'adozione di soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate e il potenziamento del patrimonio digitale per migliorare l'efficienza dei livelli assistenziali e adeguare strutture e modelli organizzativi ai migliori standard di sicurezza internazionali;
- L'offerta ospedaliera: potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso;
- il rinnovamento delle attrezzature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico.

2.1.5 Azioni positive: pari opportunità e benessere organizzativo

Parità di genere e bilancio di genere

L'Azienda ha pubblicato il Bilancio di genere, che rappresenta un innovativo strumento di analisi, valutazione e monitoraggio dei diversi bisogni di uomini e donne appartenenti alla popolazione di riferimento. Consente inoltre di valutare l'impatto di genere nell'ambito lavorativo, considerando come la condizione di lavoro e le tipologie di contratti di assunzione influenzino la composizione di genere della forza lavoro in ambito sanitario, soprattutto in alcune specializzazioni.

Il Bilancio di genere risulta essere propedeutico all'avvio di nuovi e diversi percorsi di crescita e di sviluppo verso una maggiore equità.

Attraverso la redazione del bilancio di genere si possono perseguire al contempo i seguenti obiettivi:

- accrescere la consapevolezza dell'impatto che le politiche pubbliche possono avere sulle disuguaglianze di genere;
- assicurare una maggiore efficacia degli interventi, tramite una chiara definizione di obiettivi di genere da tenere in considerazione anche nell'individuazione delle modalità di attuazione;
- promuovere una maggiore trasparenza della pubblica amministrazione, attivando meccanismi tesi a evidenziare pratiche potenzialmente discriminatorie.

Il documento si articola in quattro sezioni, con i contenuti seguenti:

- presentazione generale dell'azienda, della popolazione, del territorio e della mortalità;

- analisi dell'attività aziendale secondo la prospettiva di genere con riferimento alle principali prestazioni e servizi erogati, e relativo impatto sui costi aziendali;
- approfondimento sul contesto aziendale interno con riferimento al personale dipendente e convenzionato e analisi di genere dei ruoli di lavoro, del reddito, del potere, dell'utilizzo di diversi istituti contrattuali, dell'attività di formazione;
- iniziative in essere per la promozione del *gender balance* e la costruzione di condizioni di pari opportunità, tra le quali: il progetto "SOS violenza per il contrasto alla violenza di genere", il progetto "G.R.U." indirizzato agli uomini violenti che scelgono di intraprendere un percorso di cambiamento, il Protocollo di rete, l'Indagine sul clima organizzativo.

In continuità con l'attività finora svolta, l'Azienda sta verificando il grado di soddisfazione dei requisiti UNI/PdR 125:2022 necessari per accedere alla Certificazione di genere. Tale certificazione ha l'obiettivo di favorire l'adozione di politiche per la parità di genere e per l'empowerment femminile a livello aziendale, riducendo il divario in tutte le aree maggiormente critiche per la crescita professionale delle donne.

Entro fine 2024 sarà ufficializzato con delibera un tavolo di lavoro permanente per la predisposizione del Gender Equality Plan (GEP) e per il supporto ed il monitoraggio delle azioni in esso contenute.

È stato rinnovato con Delibera del Direttore Generale n.1987 del 25 novembre 2024 il "Protocollo per il contrasto alla violenza contro le donne della Rete Territoriale Antiviolenza ULSS 3 Serenissima" per il prossimo triennio 2024-2027, che vede l'ingresso di ulteriori 8 partner, tra Enti, associazioni e Spa.

Benessere organizzativo

Nel 2024, sono stati realizzati diversi interventi migliorativi del clima organizzativo.

Tra questi, va ricordata la realizzazione delle tre azioni di miglioramento individuate dalla Direzione Generale nel 2023, a seguito di apposita condivisione con le Organizzazioni Sindacali, ossia:

1. L'adozione formale di un regolamento interno per la disciplina del lavoro agile e del lavoro da remoto, al fine di potenziare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
2. L'implementazione della attività di formazione destinata alla dirigenza finalizzata, in particolare, a focalizzare il ruolo centrale della leadership per migliorare il clima collaborativo interno;
3. La attuazione di specifici incontri tematici per Coordinatori al fine di favorire, soprattutto, la diffusione delle linee strategiche aziendali.

In aggiunta alle tre azioni suindicate, oggetto di specifico monitoraggio da parte della Regione del Veneto, sono state attivate altre numerose iniziative tutte con la finalità di favorire il miglioramento del clima organizzativo e rispondere a specifiche istanze del personale dipendente.

Tra queste:

- con Delibera del Direttore Generale n. 1436 del 23 agosto 2024 è stato rinnovato il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG);
- è attivo uno "sportello di ascolto psicologico" rivolto al personale sanitario;
- sono state potenziate specifiche attività di formazione.

È inoltre a disposizione dei dipendenti la figura della Consigliera di fiducia, nominata con delibera n.1774 del 16/10/2024.

2.2 Performance

Il PIAO, con particolare riguardo alla sezione Performance, costituisce il principale documento di programmazione triennale, nel quale viene definita e misurata la performance aziendale valutandone i risultati conseguiti e consentendo una loro rappresentazione in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

La sezione Performance comprende il Documento delle Direttive che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse disponibili.

La Performance è il contributo che l'Azienda apporta, attraverso le proprie azioni, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi che si è posta, alla soddisfazione dei bisogni socio-sanitari espressi dalla popolazione e quindi alla creazione di valore pubblico.

La presente sezione del PIAO definisce le linee di indirizzo aziendali ed individua i principali obiettivi strategici in coerenza con i contenuti della programmazione regionale.

Tali obiettivi costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e per la successiva declinazione degli obiettivi specifici riportati nelle schede di budget delle Unità Operative. Essi comprendono:

- obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Giunta Regionale alle Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Regionale, cui si affiancano gli specifici obiettivi definiti dal Consiglio Regionale;
- obiettivi relativi alla trasparenza e all'anticorruzione che, secondo il legislatore, devono essere integrati nel Ciclo della Performance;
- obiettivi che l'Azienda intende perseguire per il miglioramento dei propri servizi, per l'economicità della gestione, nonché per l'aumento del benessere organizzativo.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale e realizzano percorsi di miglioramento continuo.

2.2.1 Le linee strategiche e gli obiettivi

L'Atto aziendale di organizzazione e funzionamento dell'Azienda ULSS 3 Serenissima definisce quali principi fondamentali alla base delle azioni dell'Azienda la centralità della persona nell'organizzazione dei processi di cura, l'umanizzazione dell'assistenza e l'attenzione ai diritti della persona.

L'Azienda, nella definizione degli obiettivi strategici, pone particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio;
- percorso del paziente in ospedale / territorio;
- presa in carico della cronicità e della multi-morbilità per intensità di cura e di assistenza;
- salute mentale;
- integrazione degli aspetti sociali e sanitari nell'assistenza e la cura;
- consolidamento delle reti cliniche.

Per quanto riguarda invece gli aspetti relativi al governo dell'Azienda e ai sistemi di supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari, si sottolineano:

- gestione del patrimonio informativo;
- governo della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici;

- gestione delle risorse finanziarie e strumentali;
- innovazione di processo.

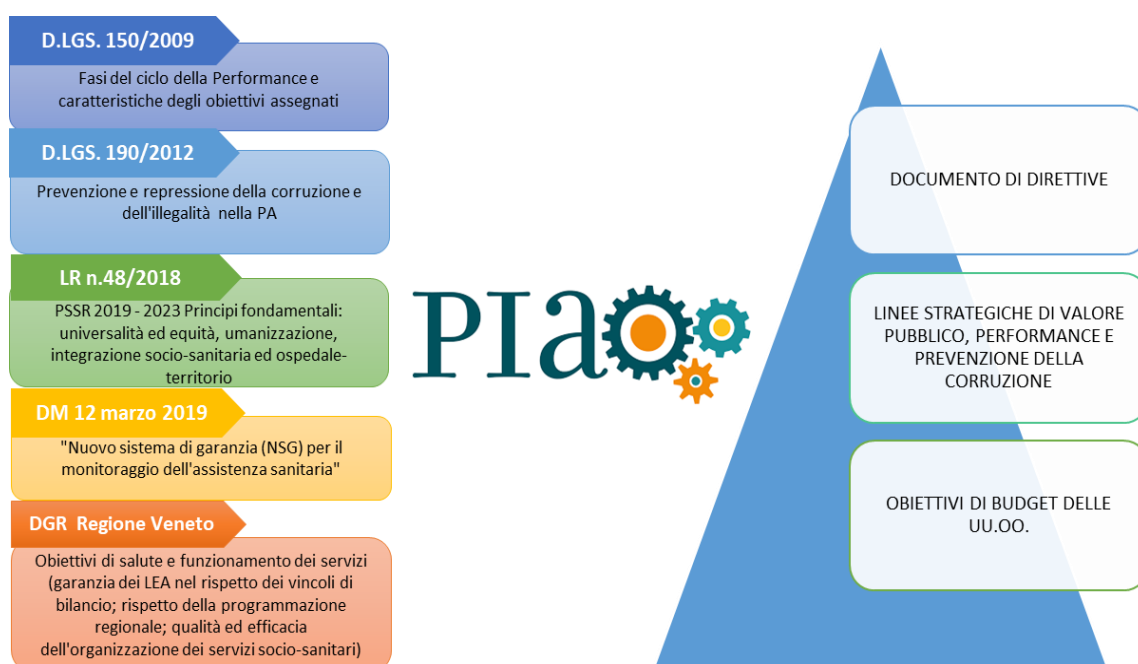
Le linee di indirizzo strategico per il triennio 2025-2027 si muovono coerentemente con gli obiettivi che la Regione con d.G.R. 1557 del 30 dicembre 2024 ha assegnato alle Aziende, allegati al presente documento.

La figura rappresenta le principali linee strategiche che l'Azienda intende perseguire nel triennio 2025-2027:



2.2.2 Il Documento di Direttive

Il Documento di Direttive esplicita per l'anno di riferimento gli obiettivi prioritari per la Direzione aziendale in attuazione degli indirizzi e delle scelte di programmazione strategica pluriennale ed in coerenza con i vincoli interni ed esterni che l'Azienda è tenuta a rispettare. Il Documento rappresenta uno strumento operativo finalizzato a orientare le progettualità declinandole in specifici obiettivi.



I principali obiettivi strategici previsti per il 2025, in continuità con gli anni precedenti, sono i seguenti:



Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie

L'Azienda, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali, intende assicurare il governo delle liste di attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un equo accesso alle migliori prestazioni sanitarie in luoghi e secondo tempi adeguati.

L'Azienda persegue l'obiettivo di migliorare, ove possibile, la performance in riferimento a:

- Area delle prestazioni urgenti: tempi rapidi di primo intervento nell'ambito dei soccorsi primari, tempi di permanenza in Pronto Soccorso;
- Area specialistica ambulatoriale: rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e delle prestazioni di controllo. Inoltre, costituisce obiettivo aziendale mantenere l'assetto organizzativo finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa degli interventi di cataratta;
- Area chirurgica: rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici oncologici e non oncologici in regime di ricovero.

A tal fine verranno migliorati i percorsi interni ed i protocolli operativi soprattutto per ridurre le prestazioni per le quali all'atto del contatto del paziente con la struttura, non è stato possibile fissare un appuntamento (c.d. "pre-appuntamento").

Con delibera n. 1482 del 30 agosto 2024 l'Azienda ha adottato il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa, in conformità alle indicazioni del Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) approvato dalla Regione del Veneto con DGR 626 del 04 giugno 2024.

Promozione dell'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse al fine del rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione del Veneto.

Per raggiungere l'obiettivo di un risultato economico e di un costo della produzione compatibili con i valori di riferimento regionale, si rende necessario garantire il rispetto dei seguenti limiti di costo: Farmaceutica Convenzionata e Diretta, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa e Protesica, Personale.

Appropriatezza prescrittiva nel consumo di farmaci e antibiotici

Nell'ambito del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva del consumo di farmaci e antibiotici l'Azienda ha fissato obiettivi per promuovere il consumo appropriato dei farmaci e contrastare l'antibiotico resistenza nella popolazione e ciò in aderenza alle linee definite dal PNCAR e dagli obiettivi regionali.

Accreditamento all'eccellenza

L'Azienda ha intrapreso attivamente il percorso per ottenere l'accreditamento all'Eccellenza di Accreditation Canada per i seguenti programmi di miglioramento della qualità:

- **Programma Stroke Distinction**, che adotta standard basati sulle *Canadian Stroke Best Practice Recommendations*, riconosciute a livello nazionale. Il programma include anche l'utilizzo di protocolli specifici per la gestione dell'ictus, formazione per i pazienti e le loro famiglie, nonché un progetto di eccellenza e innovazione.
- **Programma Trauma Distinction**, che integra standard di eccellenza, protocolli e indicatori di performance mirati alla gestione dei traumi.

L'accreditamento permette all'Azienda di migliorare l'efficienza, aumentare la qualità e la sicurezza, ridurre i rischi e generare maggior valore per la comunità.

Promozione della salute attraverso la prevenzione

Anche le attività di Prevenzione si devono qualificare per una forte integrazione con i diversi attori della rete aziendale (macrostrutture del territorio e dell'ospedale) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

A tale scopo è necessario assicurare e sostenere la prevenzione e l'adesione alle iniziative di screening nella consapevolezza che le iniziative volte alla promozione della tutela della salute della popolazione e alla salvaguardia della salute animale, oltre a migliorare i livelli di qualità della vita, si configurano come fattori essenziali di sostenibilità economica poiché riescono a contenere l'insorgere di patologie future con i conseguenti maggiori costi che ne deriverebbero.

Tra le attività aziendali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione deve essere posta alle seguenti aree: sicurezza nei luoghi di lavoro, screening oncologici, sicurezza alimentare, salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, promozione di stili di vita sani, copertura vaccinale ordinaria ed in particolare, con riferimento soprattutto alla popolazione di età ≥ 60 anni e agli operatori sanitari, rispetto degli standard di copertura della vaccinazione antinfluenzale.

Progetti di investimento e Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Come già esposto nel paragrafo relativo al Valore Pubblico, l'Azienda sta sviluppando molteplici progettualità che concorreranno, unitamente a quelle delle altre Aziende, a delineare il nuovo volto della sanità veneta. L'importo complessivo destinato a tali investimenti è di oltre 304 milioni di euro, di cui 40 finanziati con il PNRR. Nel territorio aziendale è prevista l'attivazione delle seguenti Case della Comunità:

- Nuove costruzioni: Casa di Comunità di Marcon (2,9 milioni di cui 2 PNRR), Casa di Comunità di Marghera (9,5 milioni di cui 4 PNRR), Casa di Comunità di Mira (3,6 milioni di cui 2 PNRR), Casa di Comunità di Dolo (3 milioni di cui 1,5 PNRR), Casa di Comunità di Chioggia (3,2 milioni di cui 2,2 PNRR), Casa di Comunità di Cavarzere (2,6 milioni);
- Ristrutturazione strutture esistenti: Casa di Comunità di Mestre (7,3 milioni di cui 3,5 PNRR), Casa di Comunità di Martellago (2,2 milioni di cui 1,5 PNRR).

A queste si aggiungono le Case della Comunità del Lido di Venezia, di Noale e di Favaro Veneto, che verranno attivate all'interno di edifici già esistenti, senza particolari costi aggiuntivi.

Per quanto riguarda l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, l'Azienda ha collaudato 26 grandi apparecchiature per i cinque ospedali presenti nel territorio aziendale: 2 acceleratori lineari, 3 angiografi, 2 gamma camere, 1 gamma camera/TAC, 5 mammografi, 1 risonanza magnetica, 9 sistemi radiologici fissi e 3 TAC per un totale di 14,5 milioni di euro interamente finanziati con fondi PNRR.

Garanzia dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Il PDTA rappresenta il percorso del paziente all'interno delle reti cliniche, più razionale e finalizzato al miglior esito delle cure. In tal senso, l'Azienda promuove la definizione e la corretta applicazione dei PDTA quali modelli organizzativi multidisciplinari e interprofessionali relativi a specifiche categorie di pazienti, in particolari contesti locali, affetti da patologie per le quali vi è maggior criticità nell'accesso alle prestazioni.

Ulteriore sviluppo dell'attività di Telemedicina

Il progetto nell'ULSS 3 Serenissima è stato avviato già dal 2020 con l'acquisizione e la messa in uso di una piattaforma informatica dedicata, in grado di erogare in particolare servizi di televisita, teleconsulto tra medici e monitoraggio da remoto del paziente. Il sistema coinvolge una molteplicità di settori operativi e figure professionali ed ha richiesto uno sviluppo graduale in cui ha ricoperto un ruolo centrale la formazione rivolta a tutti gli operatori coinvolti.

L'Azienda, in coerenza con le direttive ministeriali e le progettualità del PNRR, intende sviluppare ulteriormente il sistema di telemedicina, nell'ambito delle linee di indirizzo regionali, perché rappresenta uno strumento strategico in grado di offrire una risposta efficace anche in situazioni di emergenza grazie alla possibilità di operare in un contesto di flessibilità operativa ed integrazione organizzativa. La telemedicina ricoprirà inoltre un ruolo crescente nella gestione delle malattie croniche facilitando l'accessibilità ai servizi grazie alla riduzione di tempi e costi legati allo spostamento dei pazienti.

Nel 2025 si prevede l'utilizzo della nuova piattaforma regionale che andrà a sostituire quella finora utilizzata dall'Azienda.

Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Il Nuovo Sistema di Garanzia rappresenta lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di verificare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli indicatori del NSG individuati dal DM 12 marzo 2019 sono 88. All'interno del NSG sono individuati un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE", utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni.

Sviluppo delle reti cliniche

L'Azienda intende promuovere lo sviluppo delle reti cliniche in modo da garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di "personalizzazione", secondo il criterio di una risposta appropriata, personalizzata ed efficace, nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare. In particolare, l'Azienda garantirà la piena funzionalità delle reti per patologie tempo-dipendenti (emergenza/urgenza, emergenze cardiologiche, trauma, ictus).

Gestione del rischio sanitario e garanzia della sicurezza dei servizi

Ciascun sistema aziendale di gestione dei rischi è un insieme coordinato, coerente e diffuso di attività, strumenti, procedure e risorse che si prefigge di governare i rischi presenti attraverso una rete di iniziative di

miglioramento. I principali sistemi di gestione dei rischi riguardano i seguenti valori da tutelare: la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo), la sicurezza dei pazienti (rischio clinico), la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo), la tutela dell'ambiente (rischio ecologico), la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile), l'integrità della pubblica amministrazione (rischi di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione). Obiettivo dell'Azienda è promuovere la sicurezza del paziente e la cultura del rischio tramite la valutazione approfondita e congiunta degli eventi avversi, considerando questi come un'opportunità di miglioramento. In questo contesto si inquadra il potenziamento dei flussi informativi, strutturandoli in un unico sistema informativo organizzato al fine di costituire una banca dati completa e aggiornata.

Implementazione delle azioni di miglioramento dei controlli amministrativi

L'Azienda considera come prioritario il tema della corretta organizzazione delle procedure al fine della regolarità amministrativo-contabile degli atti prodotti, a salvaguardia del patrimonio aziendale e della veridicità dei dati costituenti il sistema informativo dell'Azienda e a garanzia della legittimità ed economicità dell'azione amministrativa. In linea con tale obiettivo vengono promosse le azioni necessarie a consentire il continuo monitoraggio dei processi in essere ai fini della valutazione del rischio amministrativo, e l'individuazione e implementazione delle eventuali misure di intervento.

Il Piano di Audit per il triennio 2024-2026 prevede l'analisi e revisione del processo "Gestione magazzino beni di consumo sanitari" con l'obiettivo di valorizzare la valutazione dei rischi come strumento di individuazione dei controlli di I livello.

Diffusione dei temi della trasparenza e anticorruzione

L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione trova conforme riscontro nel piano di programmazione e della valutazione della performance individuali e dell'organizzazione. Tali misure, infatti, hanno una duplice valenza, in quanto incidono contemporaneamente sull'efficienza dell'organizzazione e quindi sull'impiego eticamente più responsabile e appropriato delle risorse pubbliche, nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi e il conflitto di interessi.

Dovranno quindi essere rispettati gli obiettivi e le azioni presenti e riportate nella sezione del PIAO Rischi corruttivi e trasparenza nonché tutti gli obblighi di condotta contenuti nel Codice di Comportamento aziendale.

Flussi informativi e digitalizzazione

L'Azienda si impegna a mantenere la qualità dei dati presenti nei flussi informativi, a rispettare le scadenze per l'invio delle informazioni tramite NSIS e a garantire la completezza, la tempestività e l'integrità nella raccolta delle informazioni. Oltre a ciò, si procederà gradualmente ad estendere il processo di digitalizzazione.

Formazione aziendale

La formazione aziendale rappresenta per l'Azienda Ulss 3 Serenissima uno strumento ed una leva strategica per il perseguimento dei propri obiettivi gestionali. In particolare, l'Azienda attraverso la formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Le aree formative riguarderanno i seguenti ambiti:

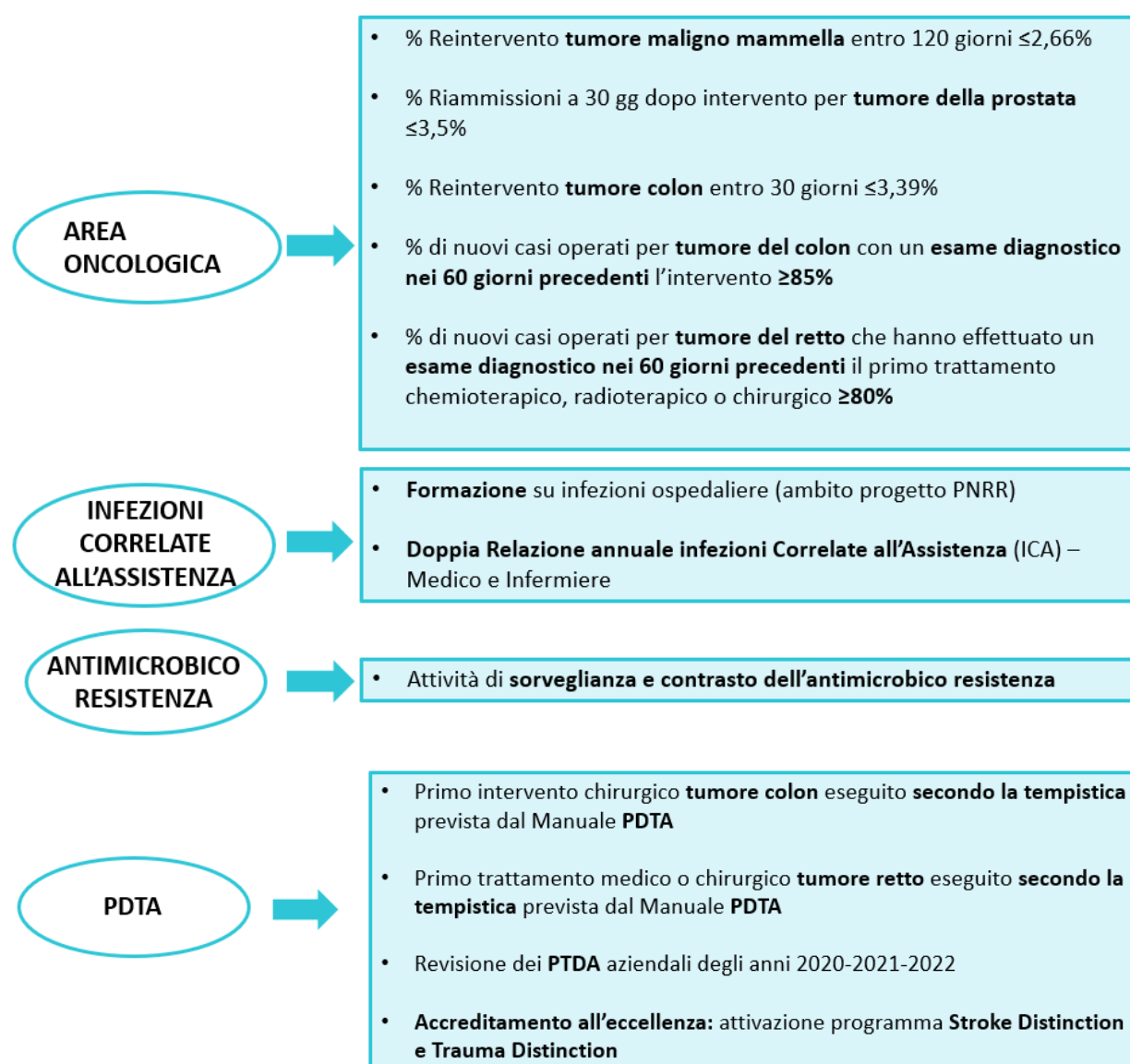
- Emergenza;
- Sicurezza e rischio;

- Organizzativo, manageriale e giuridico;
- Comunicazione, relazione, violenza e interculturalità;
- Tecnico specialistico sanitario;
- Prevenzione, promozione, sensibilizzazione;
- Qualità, ricerca, accreditamento;
- Trasparenza, etica e anticorruzione.

Nella sezione dedicata del PIAO, vengono approfonditi con maggior dettaglio gli obiettivi formativi aziendali e il piano formativo aziendale per il 2025.

Di seguito si riportano i principali obiettivi operativi suddivisi per area, relativi all'anno 2025.

AREA OSPEDALIERA:





AREA MATERNO-INFANTILE

- % di **parti** con almeno un **evento avverso** $\leq 4\%$
- **Cesarei primari**: rispetto soglie regionali
- Garantire la **rete pediatrica**

PERFORMANCE E TEMPI DI ATTESA

- **Degenza media** - Area medica e Area Chirurgica e DM preoperatoria
- Indicatore composito di **performance** relativo alla **presa in carico di Pronto Soccorso** (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)
- Rispetto **tempi di attesa ambulatoriali e degli interventi chirurgici in regime di ricovero (classi A e B)**
- Garantire i volumi di **interventi di cataratta** programmati
- Volumi di interventi di **chirurgia oncologica** (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) come da indicazioni regionali

ALTRI OBIETTIVI

- **Colecistomie laparoscopiche** (degenze) $\geq 90\%$
- Mortalità a 30 giorni per **ICTUS ischemico** $\leq 7,25\%$
- Mortalità a 30 giorni dall'intervento di **bypass aorto-coronarico** (BPAC)
- **Intervallo allarme target dei mezzi di soccorso** (UOC Centrale 118)
- **Fratture del femore** operate entro 48h (over 65) e assicurare la **rete ortopedica**
- Assicurare i **volumi di offerta 2025** già stimati **per gli screening di II livello** (colon e mammella, cervice-uterina) per **Gastroenterologia, Radiologia e Ginecologia**
- Indicatore composito **Area Trapianti**: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee

AREA TERRITORIALE:

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- Attività di **sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico resistenza**
- Aumentare il **consumo di oppioidi** sul territorio **$>4,94$ DDD** per 1.000 abitanti o aumento del 20% rispetto all'anno precedente
- Valutazione dell'**appropriatezza prescrittiva**, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana: % di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi ($\leq 52\%$)



RIDUZIONE OSPEDALIZZAZIONE

- Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da **episodio di IMA o ictus ischemico**
- **Ospedalizzazione** età adulta per **diabete, BPCO e scompenso cardiaco**
- **Ospedalizzazione** età pediatrica per **asma e gastroenterite**

ASSISTENZA TERRITORIALE E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

- Migliorare la presa in carico dei pazienti sul territorio per ridurre il tasso di accesso al Pronto Soccorso
- Rispettare i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale
- ADI: Anziani over 65 assistiti a domicilio e Telemedicina (obiettivo PNRR)
- Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità
- Percentuale di deceduti assistiti dalla rete Cure Palliative e percentuale di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete

POTENZIAMENTO RETE DI OFFERTA TERRITORIALE

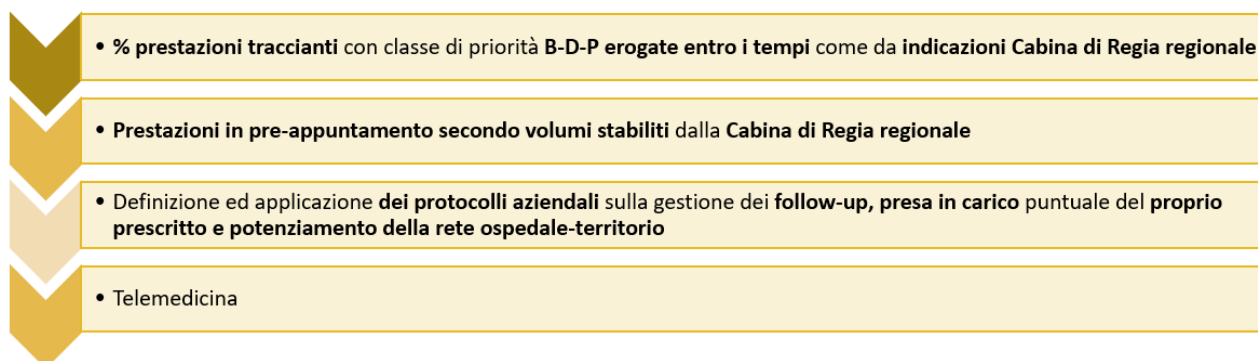
- Attivazione delle nuove Case della Comunità di Favaro, Noale e Lido di Venezia

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA:

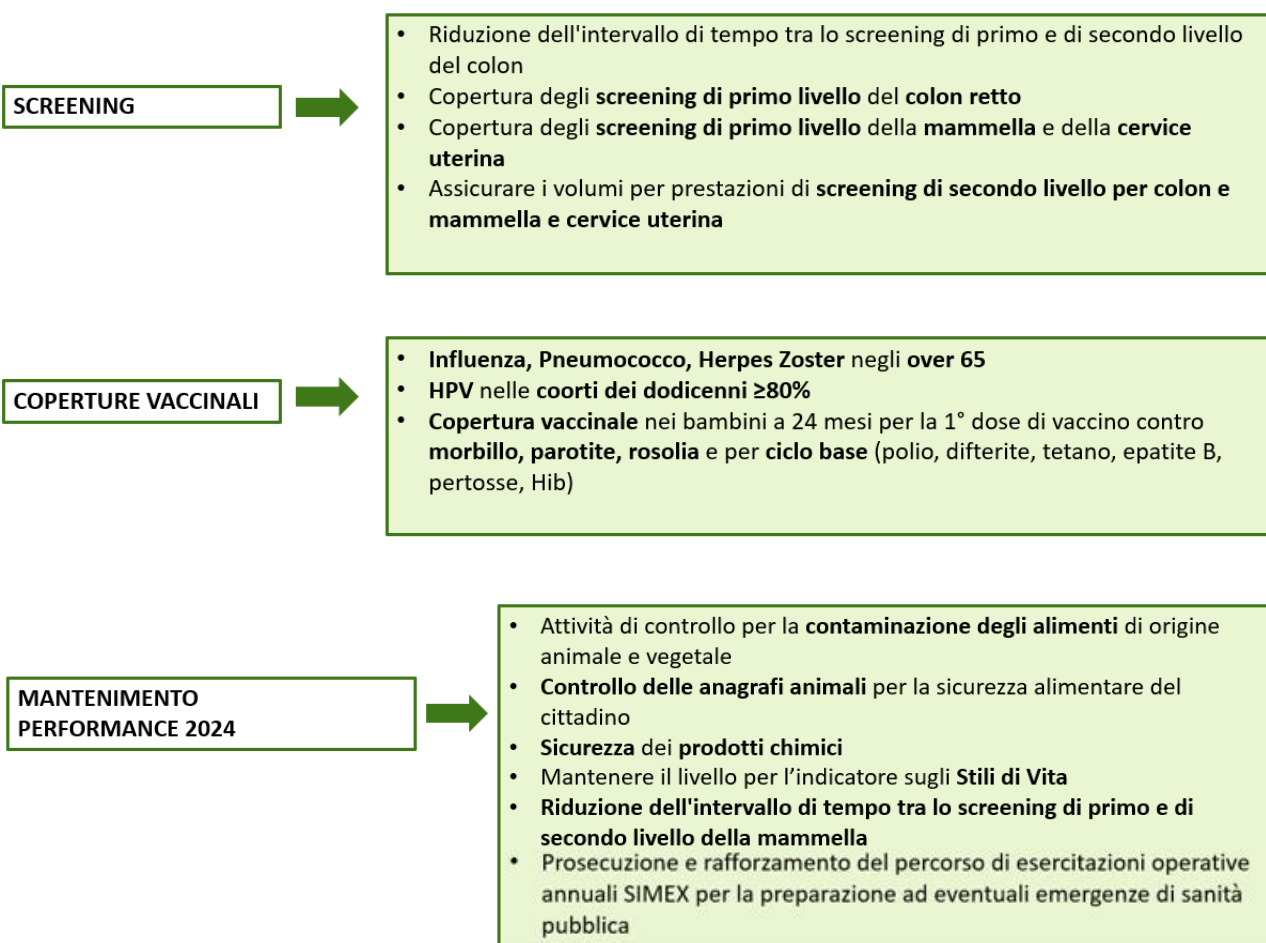
ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

- Numero di **anziani non autosufficienti** in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
- Ricoveri ripetuti in **psichiatria** (*soglia $\leq 4\%$*)
- 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)
- Analisi delle **attività aziendali imputate al bilancio sociale** in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24
- DGR 465/24 «Attivazione della sperimentazione per il finanziamento a budget delle presenze degli enti gestori dei centri di servizi per persone di norma anziane non autosufficienti e valorizzazione del case mix»: 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

TEMPI DI ATTESA:



PREVEZIONE:



RISORSE E PROCESSI DI SUPPORTO:
**PNRR E
INVESTIMENTI**

- Rispetto delle scadenze previste:
- **Case della comunità e Ospedali di comunità**
 - **Grandi apparecchiature**
 - FSE alimentazione, comunicazione e formazione
 - **SIO Adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello"**
 - **Investimenti edilizi in sanità art. 20 L. n. 67/1988**

**EFFICIENTAMENTO E SVILUPPO
DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI**

- Attività **ispettiva** e di **vigilanza**: dare riscontro alle richieste regionali
- **Obblighi** relativi alla Gestione Rischi Aziendali, **trasparenza**, e **Internal Auditing**
- **Reingegnerizzazione di processi tecnico-amministrativi**
- **% flussi informativi regionali e ministeriali** di nuova istituzione implementati correttamente
- **Sistema unico direzionale**: rispetto cronoprogramma di attivazione

PRODUTTIVITÀ

- Performance economica finanziaria. Indice di distanza dalla **best performance**
- Indice **produttività apparecchiature**

ALTRI OBIETTIVI

- **Piano carenza personale**: Attuazione delle iniziative secondo progetto regionale
→ 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico
- Adesioni alle **gare regionali entro 60 gg** e rispetto delle disposizioni
- Rispetto della pianificazione **visite autorizzazione accreditamento**
- **Gestione dei sinistri**: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro
- **Bilancio di sostenibilità** (aggiornamento OC Venezia, estensione ad Ospedale dell'Angelo)

LIMITI DI COSTO

- Rispetto dei tetti di spesa di: **Farmaceutica, Dispositivi medici e IVD, Farmaceutica convenzionata, Assistenza Integrativa e Protesica pro-capite**
- Analisi del **costo del personale**, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione
- Scostamento **risultato di esercizio 2025 dal BEP 2025**
- Rispetto e pubblicazione dei **tempi di pagamento**

2.2.3 Il sistema di programmazione e verifica dei risultati

L'Azienda ULSS 3 Serenissima individua ed assegna gli obiettivi e verifica i risultati raggiunti utilizzando lo strumento del budget, inteso come strumento di indirizzo dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche di efficienza ed efficacia.

Le fasi temporali in cui si articola il Ciclo della Performance sono rappresentate nel prospetto.



Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima la performance viene misurata:

- a livello complessivo aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale);
- a livello di singola Unità Operativa (performance organizzativa);
- a livello di singolo dipendente (performance individuale).

Il sistema di programmazione e verifica dei risultati adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:



1. Pianificazione e programmazione

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l'Azienda definisce gli obiettivi aziendali e crea le condizioni per garantirne il perseguimento.

Il servizio Controllo di Gestione è l'infrastruttura di supporto che sovrintende all'intero sviluppo del ciclo della performance applicando la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse.

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l'Azienda assolve, a una pluralità di scopi:

1. migliorare l'efficienza del sistema di programmazione e di attuazione degli obiettivi;
2. introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
3. rafforzare la responsabilizzazione degli operatori;
4. rappresentare, misurare e rendere trasparente il processo finalizzato a rispettare gli obiettivi istituzionali.

2. Formulazione del budget

Il processo di Budget si applica alle Unità di Budget, unità organizzative aziendali in cui è possibile individuare e definire responsabilità di tipo organizzativo, gestionale ed economico all'interno dell'Azienda.

La definizione e contrattazione degli obiettivi di budget riguarda ogni singola Unità di Budget.

Sulla base delle linee strategiche aziendali vengono individuati gli indirizzi operativi per macroaree, utili per la definizione degli obiettivi delle Unità di Budget, validi per un arco temporale definito, solitamente annuale. Gli obiettivi, così definiti, riguardano la performance dell'Unità Operativa e coinvolgono complessivamente tutto il personale, sia dirigente che del comparto.

Una volta definiti e condivisi, gli obiettivi di budget vengono formalizzati nella Scheda di Budget che viene sottoscritta dai Direttori coinvolti nella negoziazione. In essa sono esplicitati gli obiettivi che il personale afferente all'UO (dirigenza e comparto) deve perseguire, le risorse a disposizione, i risultati attesi, gli indicatori di riferimento e il peso assegnato.

Nell'ottica di condivisione e trasparenza, le Schede, una volta firmate, sono rese pubbliche e accessibili a tutti gli operatori mediante la pubblicazione nel portale aziendale.

La Direzione si riserva di aggiornare gli obiettivi in corso d'anno, a seguito di nuove direttive regionali oppure sulla base di proprie decisioni. Nel caso di modifiche sostanziali aziendali e/o dell'assetto organizzativo, è prevista la possibilità di rimodulare gli obiettivi concordati con l'Unità di Budget o modificarne il punteggio.

3. Attività di monitoraggio

Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle Unità di Budget viene effettuato dal Controllo di Gestione con periodicità infra-annuale tramite i dati forniti dai sistemi informativi aziendali.

A ciascuna unità operativa viene inviata una scheda di monitoraggio con il livello di performance raggiunta consentendo al Direttore dell'Unità di Budget di attivare eventuali specifiche azioni correttive in caso di scostamento dagli obiettivi.

4. Valutazione dei risultati ottenuti

Alla chiusura dell'esercizio si procede alla misurazione della performance organizzativa, a livello complessivo aziendale e di unità operativa, e della performance individuale del personale come descritto nei punti successivi.

Valutazione della Performance Organizzativa

La fase di valutazione finale degli obiettivi di budget inizia a fine periodo con la misurazione a consuntivo degli indicatori contenuti nella Scheda di Budget. Il Controllo di Gestione, sulla base delle evidenze desunte dal sistema informativo aziendale e dalla documentazione fornita dal Direttore di UOC/UOSD o da altre Unità Operative, valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi secondo criteri definiti nelle schede di budget.

Il valutatore di I istanza può modificare o confermare il risultato indicato dal Controllo di Gestione, tenendo altresì conto delle eventuali motivazioni fornite dal Direttore dell'Unità Operativa. La valutazione di prima istanza si articola su due livelli di giudizio secondo scala gerarchica.

Valutazione della Performance Individuale

La misurazione della Performance Individuale valuta l'apporto del singolo dipendente al raggiungimento degli obiettivi di struttura ed è effettuata dal diretto superiore, secondo i principi del contraddittorio, della partecipazione e della trasparenza dei criteri di valutazione utilizzati.

L'UOC Gestione Risorse Umane coordina il processo di valutazione individuale e garantisce il rispetto delle scadenze previste relativamente alla corresponsione delle premialità come normato dagli accordi contrattuali. La corresponsione degli istituti economici previsti dalla contrattazione integrativa vigente avviene sulla base dell'esito della valutazione organizzativa ed individuale.

Ulteriori approfondimenti in materia di tempi e modi aziendali applicati per la determinazione degli obiettivi ed al loro monitoraggio e valutazione del risultato finale sono contenuti nel documento sul funzionamento complessivo del Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale dell'ULSS 3 Serenissima, pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente > Performance > Sistema di misurazione e valutazione della performance del sito aziendale.

2.2.4 Raccordo tra le Sezioni Performance e Rischi corruttivi e Trasparenza

In base al quadro normativo vigente e agli orientamenti dell'ANAC, la definizione di misure per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza costituisce contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale dell'Amministrazione. Come previsto dall'art. 1, comma 8, della legge n. 190 del 2012 "L'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ...". In tal modo, si stabilisce un coordinamento a livello di contenuti tra i due strumenti (PTPCT, oggi Sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO e Piano della performance) che le amministrazioni sono tenute ad assicurare.

ANAC ha più volte ribadito la necessità di un coordinamento tra il documento che definisce la strategia di prevenzione del rischio corruttivo rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione. Già nel PNA 2019 veniva sottolineata l'importanza di garantire la "sostanziale integrazione tra il processo di gestione del rischio corruttivo e il ciclo di gestione della performance". Alle misure programmate in tema di anticorruzione e trasparenza devono pertanto corrispondere specifici

obiettivi di performance. Nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, si deve tener conto dell'attuazione delle misure programmate, dell'effettiva partecipazione delle strutture e dei singoli alle varie fasi del processo di gestione del rischio.

Le misure generali e specifiche aziendali da porre in essere in collegamento con gli obiettivi della Performance riguardano:

- Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente";
- Analisi delle misure di prevenzione del rischio;
- Mappatura dei processi e monitoraggio delle attività a rischio;
- Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi;
- Realizzazione di attività formativa in tema di prevenzione della corruzione.

A corollario del coordinamento tra il presente documento e le altre attività di programmazione, vi è un efficace sistema di controlli interni in cui si colloca l'OIV che è chiamato a garantire che il ciclo di valutazione della performance sia eseguito nel rispetto delle procedure aziendali e dei principi di correttezza e trasparenza.

La valutazione della performance individuale ed organizzativa, che riguarda anche le misure di prevenzione della corruzione, è operata coerentemente al regolamento relativo al Sistema di misurazione e valutazione della performance, adottato e aggiornato annualmente, e inserita nei contenuti della Relazione annuale della performance quale documento che evidenzia *"(...) a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato"* (D.lgs. n. 150/2009, art. 10 come modificato dal D.lgs. n. 74/2017).

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

“La prevenzione della corruzione è una delle dimensioni fondamentali del valore pubblico e per la creazione del valore pubblico ed ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di una amministrazione” (ANAC - PNA 2022).

Questa sezione del PIAO è disciplinata dall'Art. 3, comma 1, lett. c), del DPCM 30 giugno 2022, n. 132 che ne individua le finalità ed i contenuti:

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

La sottosezione, sulla base delle indicazioni del PNA, contiene:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;*
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;*
- 3) la mappatura dei processi, per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;*
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi, in funzione della programmazione da parte delle pubbliche amministrazioni delle misure previste dalla legge n. 190 del 2012 e di quelle specifiche per contenere i rischi corruttivi individuati;*
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio, privilegiando l'adozione di misure di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;*
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;*
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.”*

Scopo della presente sezione è quello di illustrare la strategia aziendale per la prevenzione della corruzione in linea con gli obiettivi strategici aziendali. Le misure di prevenzione della corruzione sono garanzia di protezione del valore pubblico.

L'Azienda ULSS 3 Serenissima, partendo da una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, identifica le aree di attività amministrativa maggiormente esposte e giunge ad individuare ed applicare le misure necessarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

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. Le fasi principali 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.

L'Azienda persegue il miglioramento continuo del processo di gestione del rischio al fine di rafforzare le misure volte alla prevenzione della corruzione. In questo processo assume un ruolo fondamentale il monitoraggio, i cui esiti sono alla base della progettazione delle misure stesse.



L'obiettivo finale cui tendere è un sistema di controllo preventivo che tenga conto dell'esigenza di uno sviluppo progressivo del sistema di prevenzione, con la consapevolezza che il successo degli interventi dipende in larga misura dal consenso sulle politiche di prevenzione, dalla loro accettazione e dalla concreta promozione delle stesse da parte di tutti gli attori coinvolti.

2.3.1 Obiettivi

La strategia di prevenzione della corruzione persegue l'obiettivo di promuovere la cultura dell'integrità e della trasparenza e si articola in più fasi a partire dall'analisi preliminare dell'organizzazione, delle sue regole e del suo funzionamento in termini di possibile esposizione al fenomeno corruttivo. I processi organizzativi vengono esaminati prestando particolare attenzione alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Un'attenzione particolare è dedicata all'area dei contratti pubblici, come evidenziato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, aggiornato con Delibera n. 605/2023. Tale documento fornisce indicazioni agli enti interessati per presidiare l'area dei contratti pubblici con misure di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, al fine di rispondere in modo efficace e calibrato ai rischi corruttivi.

Si riportano di seguito le linee d'indirizzo regionali di cui alla Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale n. 80 del 27 novembre 2024 "Attuazione legge 6 novembre 2012, n.190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e successive modifiche ed integrazioni. Articolo 1, comma 8: Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza in funzione del PIAO 2025-2027 "Sezione rischi corruttivi e trasparenza". Tali indirizzi a loro volta confermano gli obiettivi strategici nazionali individuati da ANAC nel PNA 2022 quali direttrici fondamentali nell'approccio preventivo al contrasto della corruzione:

LINEE STRATEGICHE E OBIETTIVI DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Deliberazione dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio Regionale n. 80 del 27 novembre 2024

- **Prevenire la possibilità che si verifichino casi di corruzione** attraverso:
 - ✓ promozione di sempre maggiori livelli di **trasparenza**;
 - ✓ promozione di iniziative di **formazione** per responsabilizzare maggiormente i dipendenti;
 - ✓ divieto per i dipendenti di svolgere **attività successive alla cessazione dal servizio** (c.d. *pantouflage*).
- **Aumentare la capacità di far emergere casi di corruzione** attraverso:
 - ✓ applicazione del **Codice di comportamento**;
 - ✓ **monitoraggio dei tempi procedurali**;
 - ✓ astensione dal procedimento in caso di **conflitto di interesse** e contestuale dovere di segnalazione dello stesso;
 - ✓ **tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti** (*Whistleblowing*);
 - ✓ prevenzione del fenomeno della corruzione nella **formazione di commissioni** e nelle **assegnazioni agli uffici** (art. 35-bis, D Lgs. n. 165/2001) e nelle **procedure di affidamento**.
- **Creare un contesto sfavorevole alla corruzione** attraverso:
 - ✓ **coinvolgimento degli interlocutori interni ed esterni** ai fini di una più incisiva analisi del contesto;
 - ✓ disciplina del **conferimento e autorizzazione di incarichi**;
 - ✓ azioni di **sensibilizzazione**;
 - ✓ **rotazione del personale**.

In coerenza con tali indirizzi, gli obiettivi aziendali del triennio 2025-2027 sono così definiti:

Trasparenza

- Aggiornamento continuo dei contenuti in Amministrazione Trasparente e adozione dei nuovi schemi ANAC sugli obblighi di pubblicazione (Delibera n. 495 del 25 settembre 2024)

Vigilanza sul rispetto della normativa in materia

- Promozione del rispetto delle norme in materia di conflitto di interesse, antiriciclaggio, pantouflage, inconfiribilità/incompatibilità degli incarichi, rotazione del personale, anche con riferimento a quanto previsto nel Codice di comportamento aziendale

Diffusione della cultura della trasparenza e della buona amministrazione

- Sensibilizzazione dei dipendenti attraverso la formazione;
- Coinvolgimento di soggetti interni ed esterni attraverso una comunicazione efficace e l'impiego di strumenti volti ad acquisire i loro contributi, quali la consultazione pubblica e la procedura di segnalazioni di illeciti (*Whistleblowing*).

Miglioramento continuo del sistema di prevenzione della corruzione

- Utilizzo del monitoraggio quale strumento volto all'individuazione delle misure di prevenzione del rischio e all'aggiornamento della mappatura dei processi.



2.3.2 Soggetti: compiti e responsabilità

Alle attività di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità, al processo di gestione del relativo rischio e al monitoraggio concorrono, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, i Dirigenti e tutto il personale dell'Azienda.

Il Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 1, comma 8, della L. 190/2012 *“l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO.”*

Il Direttore Generale, inoltre:

- adotta il PIAO contenente la Sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” entro il 31 gennaio di ogni anno e tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra le azioni per la prevenzione della corruzione e gli altri atti di programmazione aziendale;
- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è nominato dall'organo di indirizzo con apposito provvedimento previa valutazione dei requisiti necessari per lo svolgimento delle funzioni. Ai sensi dell'art. 1, comma 7, della L. 190/2012 *“l'organo di indirizzo individua, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività”.*

Il RPCT assume i seguenti compiti:

- elabora, predispone e/o aggiorna la proposta di Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del PIAO che sottopone al Direttore Generale per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno e verifica l'efficace attuazione del Piano;
- segnala alla Direzione aziendale, all'OIV e all'ANAC le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- monitora la rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- provvede ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- promuove il rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'Azienda;
- in materia di *whistleblowing*, riceve e prende in carico le segnalazioni di cui al d.lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante “la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante

disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali”;

- entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo proroghe stabilite dall'ANAC, per l'anno 2024 la scadenza è stata prorogata al 31/01/2025), trasmette all'OIV e alla Direzione aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito aziendale;
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di trasparenza, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- è destinatario delle istanze di accesso civico “semplice” finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente.

Il RPCT dell'Azienda ULSS 3 Serenissima è il dott. Domenico Bagnara, nominato con delibera del Direttore Generale n. 419 del 16/03/2022. Con Delibera del Direttore Generale n. 1746 del 19 ottobre 2023, al fine di garantire la continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del RPCT in caso di assenza temporanea e improvvisa, si è provveduto a nominare come sostituto del RPCT il Direttore della UOC Affari generali.

Soggetti che collaborano con il RPCT

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'Amministrazione. Tutto il personale dell'Azienda è tenuto all'osservanza delle norme anticorruzione e tutte le unità operative devono fornire il loro apporto collaborativo al RPCT per l'attuazione del presente documento di prevenzione della corruzione.

In particolare, i **dipendenti** hanno l'obbligo di:

- osservare le misure contenute nella presente sezione e prestare la propria collaborazione al RPCT;
- conformare il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice di comportamento;
- segnalare le situazioni di illecito al RPCT;
- segnalare al proprio dirigente casi di personale conflitto di interessi;
- assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente garantendo la massima collaborazione.

Il contenuto della presente sezione è applicabile anche nei confronti di tutti i **collaboratori che operano a vario titolo** all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- medici, veterinari, psicologici e altri a rapporto convenzionale;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e al Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, o in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

L'applicazione delle misure di prevenzione presuppone il coinvolgimento dei **dirigenti** e di tutto il personale che lavora nelle aree a più elevato rischio di corruzione. La normativa prevede che il RPCT sia coadiuvato anche dai Dirigenti dell'Area Tecnico Amministrativa e dell'Area Sanitaria. Ad essi sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. Tutto il personale è tenuto infatti a fornire all'RPCT e ai Referenti delle aree interessate dalla Sezione rischi corruttivi e trasparenza la collaborazione necessaria per prevenire la corruzione e, ai sensi dell'art. 8 del DPR n. 62 del 16.04.2013 (D.P.R. 62/2013), a rispettare le prescrizioni contenute nella Sezione stessa.

In particolare, ciascun Dirigente, nell'ambito della propria competenza, deve assumere i compiti di seguito indicati:

- rispettare le prescrizioni contenute nella Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO e prestare collaborazione al RPCT;
- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- partecipare al processo di gestione del rischio concorrendo alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e garantire l'applicazione delle misure di propria competenza;
- assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione, avviando i procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- verificare e garantire, ove possibile, la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e generalizzato;
- effettuare verifiche in ordine al rispetto della normativa sul conflitto d'interessi.

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT ed adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso.

I responsabili delle diverse unità operative, nell'esercizio delle funzioni di referenti del RPCT, sono tenuti a curare il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dipendenti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione dei rischi, nonché di proposta e definizione delle misure per l'attuazione del piano di prevenzione della corruzione.

Nell'Allegato 3, nel quale sono dettagliati gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione, sono indicati i Referenti coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure generali.

L'elenco che segue rappresenta la composizione del **Gruppo di supporto al RPCT**, costituito dai servizi che coadiuvano l'RPCT nelle funzioni di analisi e gestione del rischio. Il Gruppo di supporto garantisce una rete permanente e funzionale non soltanto alla predisposizione degli aggiornamenti annuali ma anche al monitoraggio delle azioni di contrasto alla corruzione e alla diffusione della cultura della legalità e trasparenza.

DIRETTORI DI:

Direzione della Funzione Ospedaliera
Dipartimento di Prevenzione
UOSD Amministrativa presso il Dipartimento di Prevenzione
UOC Affari Generali
UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari
UOC Contabilità e Bilancio
UOC Controllo di Gestione
UOC Direzione Amministrativa del Territorio
UOC Direzione Amministrativa Ospedale
UOC Farmaceutica Territoriale
UOC Farmacia Ospedaliera
UOSD Formazione
UOC Gestione Risorse Umane
UOSD Ingegneria Clinica
UOC Provveditorato, Economato e Logistica
UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
UOC Sistemi Informativi
UOC Sociale
Nucleo Aziendale di Controllo

Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA). Con l'individuazione del RASA e la relativa indicazione nel presente Piano, L'Azienda attiva una misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) è la dott.ssa Bon Cinzia, Direttore dell'UOC Provveditorato, Economato e Logistica.

Internal Auditing

Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 231 del 6 marzo 2018, in attuazione di quanto previsto nella precedente deliberazione n. 1122 del 19 luglio 2017, sono state approvate le "Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di Internal Audit di Azienda Zero e delle Aziende sanitarie del Veneto". Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 1025 del 16 agosto 2022 relativa all'approvazione delle linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale dell'Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero, sono state rappresentate le finalità, i poteri, le responsabilità in capo alla Funzione di Coordinamento Rischi amministrativi e contabili che afferisce alla Direzione Generale di Azienda Zero. Tale Funzione coordina gli aspetti funzionali condividendo standard, strumenti e metodologie per garantire uniformità nella loro applicazione nelle aziende del SSR, emana annualmente le linee guida ai fini della programmazione delle attività, alle quali si devono attenere le Funzioni Internal Auditing delle Aziende sanitarie del Veneto.

Inoltre, il Direttore della Direzione Programmazione e Controllo SSR ha emanato il Decreto n. 48/2024 avente l'oggetto "Adozione del modello di Sistema dei Controlli Interni (SCI)".

Per il triennio 2024-2026 la Direzione Programmazione e Controllo, con nota protocollo n. 111884 del 7 giugno 2024, ha trasmesso le linee guida per la predisposizione del Piano Triennale di Audit 2024-2026.

L'Azienda ULSS 3 Serenissima con delibera del Direttore Generale n. 1151 del 4 luglio 2024 ha approvato il Piano di Audit aziendale in conformità a quanto previsto dalle linee guida.

Nel documento viene fatto riferimento alla necessità di un raccordo con le azioni che devono essere svolte in collaborazione con il RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio di frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto. Le attività di Internal Auditing dovranno quindi avere stretta correlazione con le iniziative contenute nella presente sezione.

La Struttura di Internal Auditing svolge un'attività volta ad individuare la completezza, l'adequatezza, la funzionalità e l'affidabilità del Sistema di Controllo Interno. Fornisce il supporto necessario per la corretta definizione ed effettuazione dei controlli di primo e secondo livello. Inoltre, pianifica e svolge audit relativi all'attività svolta dai Servizi in relazione ai controlli di competenza.

L'UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari

L'UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari si occupa nell'Azienda ULSS 3 anche delle seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- cura assieme all'RPCT l'aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- predispone la relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al RPCT.

I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC, pubblicata sul sito dell'Azienda nella sezione Amministrazione Trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Relazione del RPCT.

Unità di supporto Privacy (USP)

L'unità di Supporto Privacy, istituita con Delibera n.1017 del 24 maggio 2018, in qualità di struttura di supporto, fornisce le indicazioni tecnico-giuridiche ed operative connesse all'attuazione della normativa in materia di protezione dei dati.

L'USP collabora con l'RPCT fornendo indicazioni e pareri connessi alle istanze di accesso civico, garantendo il giusto bilanciamento tra l'attuazione del diritto all'accesso e quello alla riservatezza.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione si occupa delle seguenti attività:

- promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice di Comportamento;
- verifica i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari

per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;

- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali inadempimenti degli obblighi di pubblicazione ed attiva le dovute forme di responsabilità;
- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte e raccomandazioni.

In base a quanto disposto nel PNA 2022, viene rafforzata la collaborazione tra RPCT e OIV al fine di garantire l'integrazione tra la sezione anticorruzione e trasparenza e la sezione performance del PIAO. A tal fine l'OIV è chiamato a verificare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione;
- i contenuti della Relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza definiti nella sezione dedicata del PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni.

L'OIV si confronta sia con il RPCT - cui ha la possibilità di chiedere informazioni e documenti – che con i referenti del Gruppo di supporto, anche attraverso lo svolgimento di audizioni. Qualora dall'analisi emergano delle criticità sulla coerenza tra gli obiettivi strategici e le misure di prevenzione della corruzione, l'OIV può suggerire le azioni correttive ritenute più opportune.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali che sono trasmessi alla Direzione strategica.

2.3.3 Processo di predisposizione della Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Entro il 31 gennaio di ogni anno il RPCT, anche sulla scorta delle indicazioni raccolte dall'analisi del contesto interno ed esterno e di quelle eventualmente fornite dai portatori di interesse nella consultazione pubblica, nonché dalle risultanze delle relazioni dei vari responsabili e referenti, predispone l'aggiornamento annuale della Sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO con riferimento al triennio successivo.

In data 23 dicembre 2024 è stata effettuata la pubblicazione dell'avviso di consultazione, rivolta ai cittadini e agli altri stakeholder, della nuova sezione "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO nella pagina principale della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale per favorire, la partecipazione dei portatori di interessi, attraverso la presentazione di osservazioni e proposte. Nella stesura definitiva sono state prese in considerazione tutte le proposte e le precisazioni pervenute dai servizi (Direzione della Funzione Ospedaliera, Dipartimento di Prevenzione, Unità di Ricerca Clinica, Servizi Tecnici e Patrimoniali).

La proposta è stata posta anche all'attenzione dei responsabili del gruppo di supporto al RPCT, in modo da favorire la più larga partecipazione e condivisione.

Obiettivo prioritario del Piano è la realizzazione di un sistema organico di azioni e misure per prevenire il rischio corruttivo nell'ambito di tutti i processi amministrativi e sociosanitari. È necessario quindi perseguire una strategia di governo dei rischi aziendale e globale, integrata e strutturata, capace di fornire alle politiche aziendali delle evidenze non solo nelle dimensioni di risk-based e process oriented, ma anche data driven. Il modello deve supportare l'Azienda nella realizzazione di strategie e nella capacità di gestione dei rischi con una visione unica, olistica e capillare conciliando ambiti aziendali eterogenei e proponendo interventi di mitigazione integrati con tutti gli attori della gestione del rischio aziendale in linea con le priorità del SSR.

Il processo di gestione del rischio si articola in quattro fasi:



2.3.4 Analisi del contesto

2.3.4.1 Analisi del contesto esterno

Le caratteristiche estremamente eterogenee del territorio di riferimento impongono all'Azienda ULSS 3 Serenissima la necessità di assicurare una rete di comunicazione, di trasporto e di servizio con caratteristiche di capillarità che comportano elevati costi sia fissi che variabili. Espongono inoltre al rischio corruttivo le peculiarità del settore sanitario, le ingenti risorse economiche impiegate, la molteplicità di situazioni, di rapporti e di interlocutori coinvolti nei vari ambiti di attività.

Attraverso l'analisi del contesto è possibile ottenere le informazioni su come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'Amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

L'indice di percezione della corruzione (noto anche con l'acronimo CPI *Corruption Perception Index*) offre informazioni di base sullo stato del fenomeno corruttivo a livello globale. Si tratta di un indicatore statistico elaborato e pubblicato annualmente da Transparency International, un'organizzazione internazionale non governativa che si occupa della corruzione. A partire dal 1995 Transparency International classifica i Paesi in base al livello di corruzione percepita nel settore pubblico, attraverso l'impiego di 13

strumenti di analisi e di sondaggi rivolti ad un pubblico di esperti. Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

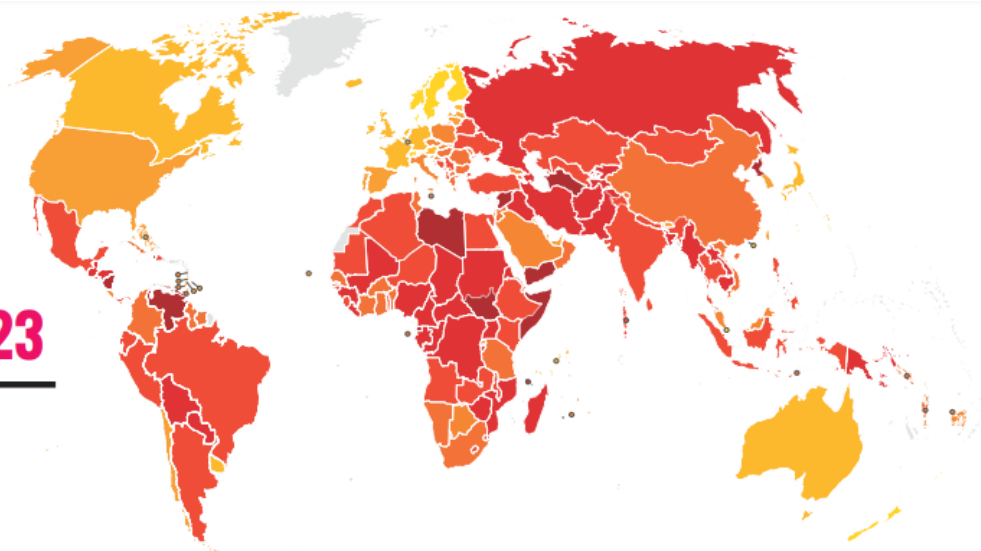
L'indice elaborato da Transparency sulla Percezione della corruzione percepita nel settore pubblico, relativo all'anno 2023, assegna il punteggio di 56 all'Italia collocando il nostro Paese al 42° posto nella classifica globale dei 180 Paesi oggetto della misurazione. Il precedente Rapporto di Transparency International, mostrava l'Italia alla 41° posizione ed indicava un netto miglioramento negli ultimi anni: dall'inizio dell'attività dell'Autorità Nazionale Anticorruzione nel 2014, l'Italia era migliorata di ben 28 posizioni.

A livello mondiale, il progresso in questo ambito risulta purtroppo limitato, rivelando che, in più di un decennio, la maggior parte dei Paesi ha fatto pochi progressi nell'affrontare la corruzione del settore pubblico: oltre i due terzi dei Paesi ottengono infatti un punteggio inferiore a 50 su 100 e più dell'80% della popolazione mondiale vive in Paesi con un CPI al di sotto della media globale di 43.



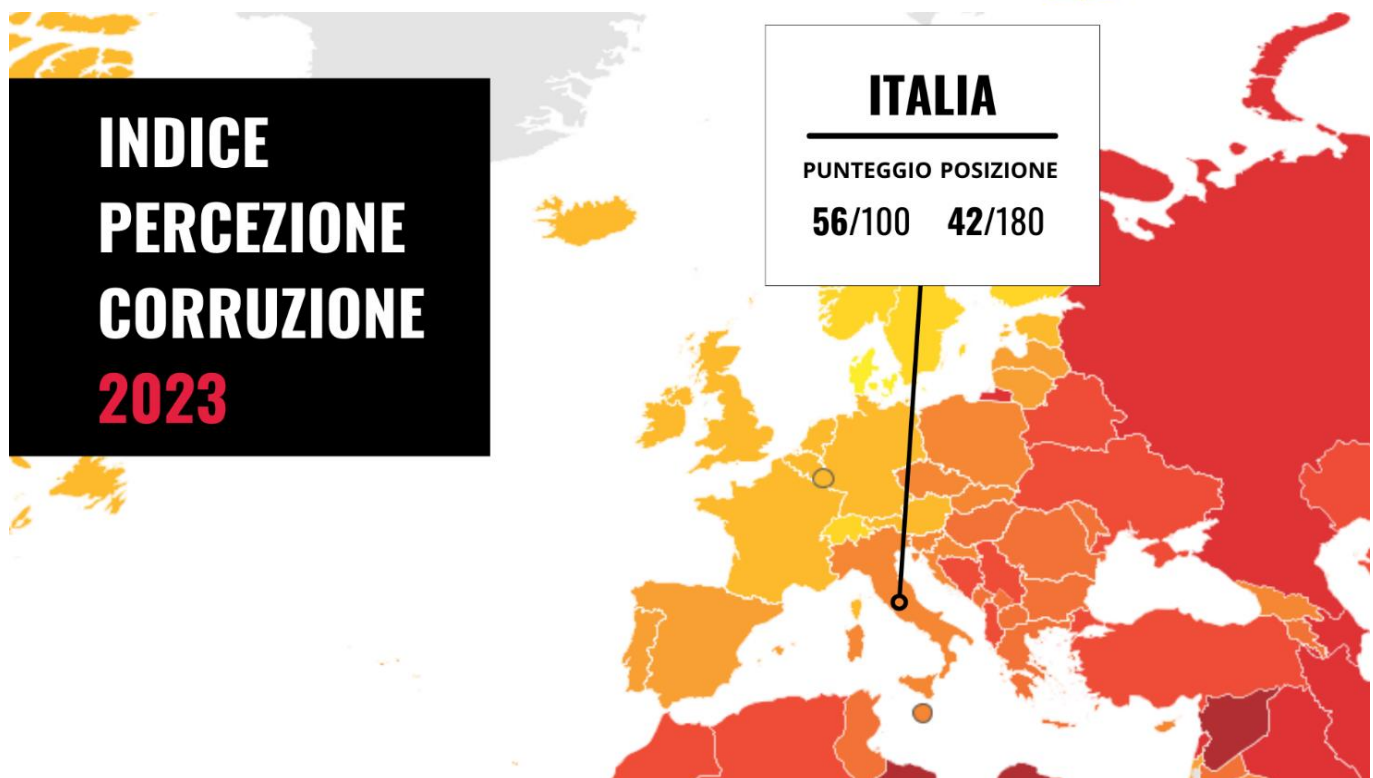
INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2023

Il livello di corruzione percepito
in 180 paesi nel mondo.



PUNTEGGIO/PAESE

90	Denmark	68	United Arab Emirates	52	Fiji	42	Moldova	36	Ukraine	29	Bolivia	22	Congo
87	Finland	67	Taiwan	52	Saudi Arabia	42	North Macedonia	35	Bosnia and Herzegovina	29	Pakistan	22	Guinea-Bissau
85	New Zealand	66	Chile	51	Malta	42	Trinidad and Tobago	35	Dominican Republic	29	Papua New Guinea	21	Eritrea
84	Norway	64	Bahamas	51	Mauritius	41	Burkina Faso	35	Egypt	28	Gabon	20	Afghanistan
83	Singapore	64	Cabo Verde	50	Croatia	41	Kosovo	35	Nepal	28	Laos	20	Burundi
82	Sweden	63	Korea, South	50	Malaysia	41	South Africa	35	Panama	28	Mali	20	Chad
82	Switzerland	62	Israel	49	Greece	41	Vietnam	35	Sierra Leone	28	Paraguay	20	Comoros
79	Netherlands	61	Lithuania	49	Namibia	40	Colombia	35	Thailand	27	Cameroon	20	Democratic Republic of the Congo
78	Germany	61	Portugal	48	Vanuatu	40	Côte d'Ivoire	35	Ecuador	26	Guinea	20	Myanmar
78	Luxembourg	60	Latvia	47	Armenia	40	Guyana	34	Indonesia	26	Kyrgyzstan	20	Sudan
77	Ireland	60	Saint Vincent and the Grenadines	46	Jordan	40	Suriname	34	Malawi	26	Russia	20	Tajikistan
76	Canada	60	Spain	46	Kuwait	40	Tanzania	34	Philippines	26	Uganda	20	Libya
76	Estonia	60	Botswana	46	Montenegro	40	Tunisia	34	Sri Lanka	25	Liberia	18	Turkmenistan
75	Australia	59	Qatar	45	Bulgaria	39	India	34	Turkey	25	Madagascar	17	Equatorial Guinea
75	Hong Kong	58	Czechia	45	Sao Tome and Principe	39	Kazakhstan	34	Angola	25	Mozambique	17	Haiti
73	Belgium	57	Dominica	44	Jamaica	39	Lesotho	33	Mongolia	25	Nigeria	17	Korea, North
73	Japan	56	Italy	43	Benin	38	Maldives	33	Peru	24	Bangladesh	17	Nicaragua
73	Uruguay	56	Slovenia	43	Ghana	38	Morocco	33	Uzbekistan	24	Central African Republic	16	Yemen
72	Iceland	55	Costa Rica	43	Oman	37	Argentina	32	Niger	24	Iran	13	South Sudan
71	Austria	55	Saint Lucia	43	Senegal	37	Belarus	31	El Salvador	24	Lebanon	13	Syria
71	France	54	Poland	43	Solomon Islands	37	Ethiopia	31	Kenya	24	Zimbabwe	13	Venezuela
71	Seychelles	54	Slovakia	43	Timor-Leste	37	Gambia	31	Mexico	23	Azerbaijan	11	Somalia
69	United Kingdom	53	Cyprus	42	Bahrain	37	Zambia	30	Togo	23	Guatemala		
69	Barbados	53	Georgia	42	China	36	Algeria	30	Djibouti	23	Honduras		
69	United States	53	Grenada	42	Cuba	36	Brazil	30	Eswatini	23	Iraq		
68	Bhutan	53	Rwanda	42	Hungary	36	Serbia	30	Mauritania	22	Cambodia		



Il rapporto di ANAC “La corruzione in Italia 2016-2019” denunciava come il settore più a rischio di corruzione fosse quello dei lavori pubblici, che rappresentava il 40% degli episodi corruttivi; la sanità rappresentava il 13%, con casi che riguardavano forniture di farmaci, apparecchiature mediche, strumenti medicali e servizi di pulizia. Tra le tipologie di illeciti segnalati, quelle ricorrenti riguardavano: nomine irregolari, malagestione di reparti ospedalieri o strutture distaccate, appalti irregolari, “malasanità”, favori ai pazienti da parte dei medici, false invalidità, ospedalizzazioni irregolari, favori elettorali in cambio di prestazioni mediche.

Con il progetto *Misurazione del rischio di corruzione* ANAC ha individuato una serie di indicatori di rischio corruzione utili per quantificare il rischio che si verifichino eventi corruttivi a livello territoriale. L’analisi di contesto ha preso in considerazione diciotto indicatori su base provinciale, che sono stati raccolti in quattro domini tematici (istruzione, economia del territorio, capitale sociale e criminalità) a loro volta sintetizzati da un indice composito che rende più semplice la lettura della complessità dovuta alle numerose dimensioni considerate. La serie storica degli indicatori va dal 2014, l’anno base di riferimento, al 2017. I valori sono compresi tra 70 e 130 e nell’ anno base 2014 valgono 100 per l’Italia nel suo insieme. A livelli più elevati è associato un maggiore rischio di corruzione.

I report che seguono e che sono tratti dal medesimo studio mostrano il valore degli indicatori di contesto relativamente al territorio provinciale di Venezia. L’indice generale nel 2017 si attestava sul valore di 95,1, più basso del valore riferito al territorio italiano complessivo, pari a 100,1.



Nel mese di giugno 2024, ANAC ha aggiornato alcuni degli indicatori di contesto, sulla base dei dati disponibili. In particolare, 7 dei 18 indicatori facenti parte dei 4 domini (economia, criminalità, capitale sociale ed economia) sono stati aggiornati per le annualità disponibili successive al 2017.

INDICATORI DI CONTESTO AGGIORNATI DA ANAC

1. RACCOLTA DIFFERENZIATA – provincia di Venezia 0,73 (media nazionale 0,66) ANNO 2021

Misura l'ammontare di rifiuti urbani oggetto di raccolta differenziata per 100 unità di rifiuti urbani. L'indicatore rappresenta una misura di efficienza dello smaltimento dei rifiuti urbani. La gestione efficiente dello smaltimento dei rifiuti urbani risulta associata a bassi livelli di corruzione.

2. DONNE SINDACO – provincia di Venezia 0,17 (media nazionale 0,16) ANNO 2023

Rileva la partecipazione delle donne alla vita politica nel ruolo di Sindaco. È uguale al rapporto tra numero di sindaci donna e totale dei sindaci. La letteratura comportamentale ha riscontrato differenze sistematiche nelle caratteristiche di genere: le donne tendono a manifestare comportamenti pro-sociali e a essere meno tolleranti verso la corruzione.

3. NEET - provincia di Venezia 0,17 (media nazionale 0,23) ANNO 2019

È uguale al numero di iscritti in anagrafe di 15-29 anni non occupati né inseriti in un percorso di istruzione o formazione per 100 persone di 15-29 anni iscritte in anagrafe. Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione.

4. IMPRENDITORIALITÀ provincia di Venezia 0,078 (media nazionale 0,0736) ANNO 2021

Rileva la capacità imprenditoriale presente in un determinato territorio. È uguale al numero di imprese per 100 abitanti. Il livello di sviluppo del contesto economico, la sua capacità di attrarre investimenti e di favorire

la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, il grado di competizione dei mercati, la libertà economica, se elevati, sono fattori associati a bassi livelli di corruzione.

5. DONAZIONI SANGUE provincia di Venezia 5,02 (media nazionale 3,98) ANNO

Rileva l'ammontare delle donazioni di sangue. È uguale al rapporto tra numero di donazioni e popolazione residente. A un numero più elevato di donazioni tende a corrispondere un maggiore senso civico e, dunque, un minore rischio di corruzione.

6. DIPLOMATI provincia di Venezia 0,66 (media nazionale 0,65) ANNO 2021

È calcolato come il numero degli iscritti in anagrafe di 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado per 100 persone di 25-64 anni iscritte in anagrafe. Livelli più elevati di corruzione sono associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione.

7. DIFFUSIONE DELLA BANDA LARGA provincia di Venezia 0,33 (media nazionale 0,30) ANNO 2022

Rileva il numero di unità immobiliari raggiunte dalla banda Ultra-larga 30 Mb. È uguale al numero di accessi alla banda larga per 100 abitanti. Da un lato, la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione consente che le interazioni relative a permessi, domande o istanze vengano eseguite online, aumentando l'efficienza, la trasparenza e la responsabilità, e conseguentemente riducendo le opportunità di corruzione.

2.3.4.2 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda, da una parte, l'analisi dei fattori produttivi aziendali finalizzata a inquadrare correttamente le dimensioni della **struttura** e, dall'altra parte, la mappatura dei **processi** che rappresenta l'aspetto centrale e più importante finalizzato a una migliore valutazione del rischio.

Nell'Azienda Ulss 3 Serenissima lavorano, tra personale dipendente, medici specialisti ambulatoriali interni, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, circa ottomila unità.

L'Azienda ha un budget di circa 1,6 miliardi, e interagisce con una rete di circa 2.000 fornitori di beni, di servizi, e di lavori, incidendo quindi in maniera significativa, sull'economia provinciale. Sono previsti ingenti investimenti, già avviati nel 2023 (parte dei quali finanziati con PNRR) al fine di ristrutturare e adeguare gli edifici esistenti e di realizzare nuove strutture per l'attivazione di 12 Case della Comunità.

Si tratta del più massiccio piano di investimenti degli ultimi decenni che riguarda soprattutto il potenziamento delle strutture territoriali e l'avvio del processo di digitalizzazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS 3 Serenissima si rimanda per maggiori dettagli alla Scheda anagrafica dell'organizzazione del presente documento, nonché alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano. Tuttavia, 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 esaminare l'intera attività svolta dall'amministrazione al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

2.3.4.3 Mappatura dei processi

La mappatura consiste nell'individuare e analizzare i processi organizzativi aziendali che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposti a rischi corruttivi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macro-processo, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse. L'elenco dei processi è riportato alla fine del documento.

Nel corso del 2025 si potrà procedere anche all'eventuale aggiornamento della mappatura dei processi contenuti nel Piano interagendo anche con la funzione aziendale di Internal Auditing. L'analisi viene eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da attuare ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Nel Piano attuale sono stati mappati 99 processi. Tutta l'attività di monitoraggi e verifiche svolta dalle strutture è soggetta al coordinamento e alla validazione da parte del RPCT, per verificare la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, avvalendosi anche del supporto dell'Internal Audit e del Gruppo di supporto RPCT.

2.3.5 Valutazione dei rischi corruttivi

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure organizzative correttive/preventive ai fini di garantire un adeguato trattamento del rischio.



Identificazione dei rischi

I responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (*owner*) individuano gli eventi rischiosi che potrebbero potenzialmente verificarsi nell'ambito dello svolgimento delle loro attività. Come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV), dopo aver identificato le attività a rischio devono mantenere un atteggiamento vigile e segnalare eventuali successivi e diversi rischi rispetto a quelli già identificati.

Per individuare gli eventi rischiosi vengono adottate diverse tecniche di analisi:

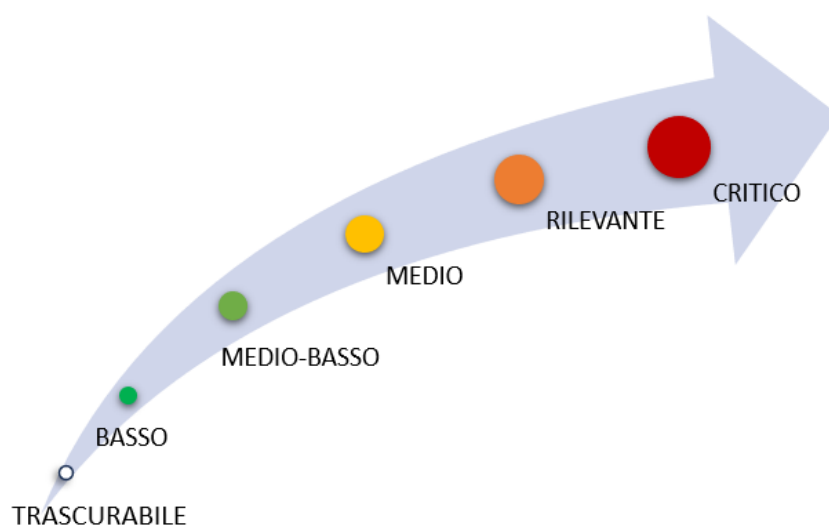
- ricerca di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o *internal auditor*) o comunque al contesto interno e/o esterno (a esempio casi giudiziari e altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre Aziende ULSS);
- *brainstorming* con il personale coinvolto nel processo per vagliare gli eventuali rischi specifici di corruzione;
- eventuali incontri da parte di RPCT e Internal Auditing con gli *owner* del processo per verificare le attività esposte a potenziali rischi.

Analisi e ponderazione dei rischi

L'analisi ha il duplice obiettivo di pervenire a una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Per stimare l'esposizione al rischio dei processi individuati si è scelto di adottare una metodologia di tipo qualitativo dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza.

Nell'approccio qualitativo l'esposizione al rischio è stimata in base a valutazioni espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono la loro rappresentazione finale in termini numerici. I rischi sono classificati secondo la scala seguente:



2.3.6 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'implementare sia misure generali che specifiche: le misure generali incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione agendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione; le misure specifiche, invece, riguardano in maniera puntuale alcuni rischi non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali.

MISURE GENERALI:	MISURE SPECIFICHE:
incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione agendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione.	riguardano in maniera puntuale alcuni rischi non neutralizzabili con il solo ricorso a misure generali.
Disciplina del conflitto di interessi regolamentata che prevede l'obbligo di astensione e segnalazione verso l'RPCT, anche di situazioni sospette.	Trasparenza nei contratti pubblici attraverso la pubblica informazione su appalti e forniture e il miglioramento dell'accesso alle informazioni di cittadini e istituzioni.
Politiche di rotazione del personale a rischio corruzione e normative rigorose per la gestione degli incarichi volte a prevenire conflitti di interessi.	Attività di controllo e audit per verificare l'applicazione e l'adeguatezza delle procedure di prevenzione, in conformità alle normative.
Programma di formazione per il personale sulla prevenzione della corruzione, per aumentare la consapevolezza e la responsabilità.	Sistema di monitoraggio per raccogliere e analizzare le segnalazioni, assicurando un adeguato follow-up delle stesse.
Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblowing) e l'adozione di un Codice di comportamento specifico per i dipendenti.	Rafforzamento dei controlli interni per prevenire l'insorgere di fenomeni corruttivi, mediante audit e verifiche regolati.

Di seguito sono indicate le misure, generali e specifiche, che l'Azienda ULSS 3 Serenissima adotta per il trattamento dei rischi.

2.3.6.1 Misure generali

Antiriciclaggio

Le Pubbliche amministrazioni sono chiamate a svolgere un importante ruolo nel sistema italiano di **prevenzione del riciclaggio**. Attualmente i loro doveri in ambito antiriciclaggio sono individuati dall'articolo 10 del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231, come modificato, da ultimo, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90.

Art. 10 (Pubbliche amministrazioni)

1. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;

b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;

c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Per ottemperare agli obblighi antiriciclaggio, le pubbliche amministrazioni partendo da un'analisi dei propri processi devono individuare le aree di attività maggiormente esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo effettuando una preliminare attività di mappatura, valutazione e mitigazione dei rischi suddetti prevenendone il verificarsi. A questi doveri si aggiunge anche quello di intercettare e comunicare prontamente anomalie ed incoerenze riscontrate nello svolgimento delle proprie attività istituzionali.

Il principale contributo richiesto agli uffici pubblici consiste nel comunicare all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF) istituita presso la Banca d'Italia "dati e informazioni concernenti le operazioni sospette di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale", al fine di "consentire lo svolgimento di analisi finanziarie mirate a far emergere fenomeni di riciclaggio" (art. 10, comma 4, del decreto antiriciclaggio). Successivamente, con Provvedimento del 23 aprile 2018, la UIF ha fornito specifiche indicazioni in ordine al contenuto e alle modalità di inoltro delle comunicazioni dalla Pubblica Amministrazione alla UIF, aggiungendo che (art. 11, comma 1) "Le Pubbliche Amministrazioni individuano, con provvedimento formalizzato, un "gestore" quale soggetto delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF".

La prevenzione anticorruzione e quella antiriciclaggio rappresentano le due dimensioni, l'una interna e l'altra esterna, della tutela dell'integrità, che richiedono un'attuazione organica e unitaria. A tal fine, nel PNA 2022 l'ANAC prevede che "ai fini della promozione di adeguate sinergie tra le strategie di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza e di contrasto al riciclaggio -considerando anche che la normativa concentra nel RPCT un forte ruolo di impulso per le strategie di prevenzione della corruzione, di promozione della trasparenza, utile senza dubbio anche per il contrasto al riciclaggio- le amministrazioni possono valutare e decidere, motivando congruamente, se affidare l'incarico di gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di cui all'art.11 del provvedimento UIF del 23 aprile 2018 al RPCT oppure ad altri soggetti già eventualmente provvisti di idonee competenze e risorse organizzative. In tale ipotesi vanno garantiti meccanismi di coordinamento tra RPCT e il soggetto gestore".

Alla luce delle norme esistenti in materia l'Azienda ULSS 3 sta predisponendo un provvedimento contenente le disposizioni organizzative in tema di segnalazione di operazioni sospette di riciclaggio e la nomina del soggetto gestore delle segnalazioni.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Applicazione di misure antiriciclaggio	Gestione delle segnalazioni di operazioni sospette	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali coinvolte nelle segnalazioni al Gestore

Codice di comportamento

L'Azienda ha adottato il Codice di comportamento attualmente vigente con Delibera del Direttore Generale n.2282 del 30 dicembre 2022.

Il Codice dell'Azienda integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013) e risulta altresì in linea con le modifiche apportate dal d.P.R. n. 81/2023. Entrambi i Codici di comportamento, aziendale e

nazionale, devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione. Con riferimento al rilievo giuridico del Codice di comportamento, sia nazionale che dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri previsti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto. La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l'ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Annualmente il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine alle segnalazioni ricevute sulle violazioni del Codice di comportamento, ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate. I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC.

Al fine di diffondere e promuovere la conoscenza dei contenuti del Codice da parte di tutti i dipendenti e dei neoassunti in particolare, l'Azienda intende continuare ad assicurare, così come avvenuto negli anni precedenti, un percorso formativo sui temi dell'etica e della trasparenza e riproporre anche nel 2025 un corso FAD sul codice di comportamento al personale dipendente. Nel 2024, sono stati iscritti 207 dipendenti neoassunti dei profili amministrativo e sociosanitario.

In aggiunta alle prescrizioni del Codice di comportamento, l'IO Regolamento per le Imprese di Onoranze Funebri introduce ulteriori specifiche disposizioni per il personale afferente agli obitori.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Diffondere i contenuti del Codice di comportamento	Applicare il Codice di comportamento (DDG n.2282 del 30 dicembre 2022)	Sì	Sì	Sì
	Avviare iniziative formative relative ai principi enunciati nel Codice a tutti i dipendenti, con particolare riferimento ai neoassunti	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: RPCT

Il Codice è pubblicato nell'Intranet aziendale e in Amministrazione trasparente nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione. L'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha altresì proceduto all'elaborazione di un documento di sintesi delle principali disposizioni contenute nel Codice di comportamento, al fine di rendere più agevole la diffusione dello stesso tra il personale dipendente.

Disciplina del conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Il conflitto di interessi è una condizione in cui il dipendente è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, e si estende a tutti i casi in cui sussiste il rischio che il dipendente si avvalga della propria posizione all'interno dell'Azienda per favorire se medesimo o un soggetto verso il quale è in qualche modo legato, oppure nei casi in cui possa essere comunque messa in dubbio

l'imparzialità del dipendente nell'assumere decisioni verso soggetti esterni che hanno con l'Azienda rapporti contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.

L'istituto dell'astensione in caso di conflitto d'interesse è disciplinato da un complesso di disposizioni normative (art. 6 bis della legge 241/1990, artt. 6 e 7 del d.P.R. 62/2013 e Codice di comportamento aziendale) ai sensi delle quali tutti i dipendenti sono tenuti ad astenersi dallo svolgimento delle attività inerenti le proprie mansioni nel caso in cui ricorra una situazione di conflitto d'interessi, anche potenziale.

La norma inserita nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici prevede che "Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o a attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il proprio Responsabile e l'UOC Gestione Risorse Umane di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni.

In presenza di situazioni di conflitto di interessi, il dirigente responsabile dell'unità operativa invita il dipendente ad astenersi dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti ed in caso di incompatibilità di fatto tra le funzioni svolte dal dipendente e i rapporti di collaborazione dichiarati, il Dirigente richiede l'assegnazione del dipendente ad altro ufficio.

Gli obblighi di condotta sono estesi, in quanto compatibili, oltre che ai dipendenti alle altre categorie di soggetti che non sono dipendenti ma che collaborano e prestano attività a vario titolo presso l'Azienda.

Il rischio del conflitto d'interessi è particolarmente elevato nelle attività ispettive ed in quelle che implicano l'assunzione di una valutazione, ad esempio nell'attività delle commissioni di gara e/o di concorso. Per questo motivo, il personale che svolge ordinariamente questo tipo di attività (ad esempio, il personale del Dipartimento di prevenzione e le Commissioni di vigilanza e controllo sulle farmacie) compila periodicamente un'apposita dichiarazione d'insussistenza di conflitto di interessi.

Al fine di garantire l'imparzialità nelle suddette procedure, i componenti delle commissioni si devono astenere ogni qual volta sia ipotizzabile anche solo un potenziale "conflitto di interessi". È essenziale, infatti, che chi giudica non abbia interessi personali che possano pregiudicare l'imparzialità della valutazione. Dovranno essere verificati, al momento della costituzione di tali organismi, i profili di incompatibilità previsti dalla vigente normativa, raccogliendo le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.

Nelle attività che riguardano i contratti pubblici è necessario verificare che non sussistano conflitti di interessi, neanche potenziali da parte dei dipendenti, raccogliendo idonea documentazione in tal senso.

In merito al conflitto di interessi il RUP è tenuto a:

- acquisire le dichiarazioni rese dai soggetti all'atto della partecipazione a una procedura di gara;
- effettuare una prima verifica di tali dichiarazioni controllando che siano state rese correttamente;
- vigilare sul corretto svolgimento di tutte le fasi della procedura e, nel caso in cui rilevi un conflitto di interessi, segnalarlo al dirigente dell'ufficio del dipendente o agli uffici competenti per le successive valutazioni.

In caso di omissione delle dichiarazioni, di mancata segnalazione di situazioni di conflitto di interessi, o di mancata astensione nelle situazioni in cui è richiesta, si configurerebbe *“un comportamento contrario ai doveri d’ufficio”*, sanzionabile disciplinarmente.

Il RPCT, per quanto concerne la gestione del conflitto di interessi, ha il compito di verificare l’attuazione delle misure programmate nel PIAO e di valutarne l’adeguatezza.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Gestire efficacemente eventuali situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali	Acquisizione e conservazione delle dichiarazioni prodotte dal personale	Sì	Sì	Sì
	Raccolta periodica delle dichiarazioni d’insussistenza di conflitto di interessi del personale che svolge ordinariamente attività ispettive o che implicano l’assunzione di una valutazione (commissioni di gara e/o di concorso)	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell’obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali

Inconferibilità e incompatibilità di incarichi

Al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013 che, all’art. 1 definisce che per “inconferibilità” si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire un determinato incarico (...) e per “incompatibilità” si intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con delibera n. 149 del 22.12.2014, l’ANAC precisava che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali dovevano intendersi riferibili soltanto agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario e successivamente estendeva l’obbligo anche al Direttore dei Servizi Socio Sanitari. Ad oggi tale obbligo risulta assolto tramite la pubblicazione annuale delle dichiarazioni nella relativa sezione di Amministrazione trasparente. Con le delibere n. 1146/2019, n. 713/2020 e n. 75/2022 l’ANAC ha ritenuto applicabile la disciplina del D. Lgs. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell’ambito degli enti del servizio sanitario chiarendo che i dirigenti di UOC delle aree Professionale, Tecnica ed Amministrativa, in quanto titolari di competenze di amministrazione e gestione, rientrano tra i soggetti ai quali si applicano gli obblighi di cui al D. lgs. 39/2013, e devono pertanto produrre la dichiarazione di inconferibilità ed incompatibilità dell’incarico. Sono invece esclusi dall’ambito soggettivo di applicazione della normativa tutti i dirigenti sanitari medici e non medici (farmacisti, biologi, psicologi, ecc.). È quindi necessario procedere periodicamente alla raccolta delle dichiarazioni allegate per tutti i dirigenti dell’area PTA e conservarle agli atti.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e annualmente una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità. Nell'anno 2025 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste.

L'ANAC ha adottato Linee Guida relative al ruolo e alle funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità. L'RPCT effettua il monitoraggio sull'attività di verifica svolta dagli uffici in materia di inconferibilità ed incompatibilità ed è tenuto a segnalare all'ANAC le violazioni gravi.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisire correttamente le dichiarazioni di incompatibilità e inconferibilità, con verifica da parte degli uffici	Sì	Sì	Sì
	Puntuale pubblicazione dell'atto di conferimento dell'incarico e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità per la Direzione strategica	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane

Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza (pantouflage)

La normativa in materia di pantouflage (art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i.) prevede che i pubblici dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per le pubbliche amministrazioni, non possano svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. L'art. 21 del d. lgs n. 39/2013, ha inoltre precisato che "Ai fini dell'applicazione del divieto di pantouflage, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i *soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo*". Lo scopo della norma è evidentemente quello di evitare la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio, di preconstituire situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere successivamente un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. ANAC con delibera n. 493 del 25 settembre 2024 ha adottato le "Linee Guida n.1 in tema di c.d. divieto di pantouflage – art.53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001" con l'intento di fornire indirizzi interpretativi e operativi su questo tema e con delibera 493 bis del 25 settembre 2024 ha emanato il "Regolamento sull'esercizio della funzione di vigilanza e sanzionatoria in materia di violazione dell'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001".

L'Azienda adotta le seguenti misure volte a prevenire il fenomeno del pantouflage:

- acquisizione da parte dell'UOC Gestione Risorse Umane di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto. Tale misura è in capo all'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e all'UOC Provveditorato, Economato e Logistica.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Promuovere la conoscenza del divieto di pantouflage e garantirne il rispetto	Predisposizione di apposita documentazione per informare il personale e i soggetti esterni coinvolti in merito alle disposizioni di legge in materia	Sì	Sì	Sì
	Inserimento apposita clausola nei documenti di gara	Sì	Sì	Sì
	Acquisire idonea documentazione nelle fasi di gara di lavori, beni e servizi e negli accordi contrattuali con le strutture private accreditate.	Sì	Sì	Sì

Referenti aziendali dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane, UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, UOC Provveditorato, Economato e Logistica e UOC Direzione Amministrativa del Territorio.

Formazione del personale

La formazione in materia di prevenzione della corruzione, etica, integrità e trasparenza, è prevista dalla legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. b) e c) della legge 190/2012 nonché dai PNA 2013, 2015 e 2019. L'Azienda ULSS 3 Serenissima intende attuare adeguatamente le previsioni normative e le raccomandazioni emanate nei PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguardante i temi dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza;

- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa addetti alle aree a maggior rischio corruttivo.

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto a osservare ai sensi del presente Piano e del Codice di comportamento. Il PNA 2019 sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (DPR 62/2013) e del codice aziendale. Il D.P.R. 81/2023, che ha integrato i doveri di comportamento previsti dal D.P.R. 62/2013, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. A tal fine è stato proposto ai dipendenti un corso FAD (Formazione a distanza) sul Codice di comportamento, che verrà riproposto anche nel 2025, seguito da un questionario di apprendimento e gradimento utile alla verifica della sua utilità ed efficacia.

Nel corso del 2024 è stata inoltre realizzata la seguente attività formativa:

- Privacy 2024: Percorso formativo in ambito privacy per il personale – livello avanzato – adempimenti applicativi connessi all'attuazione del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Reg. UE 2016/679". Quattro edizioni;
- Corso sul Codice degli appalti 2024-2025;
- Corso in materia di Diritto di Accesso agli atti rivolto al RPCT e collaboratori;
- Corso per il RPCT 'La disciplina dell'anticorruzione e trasparenza: gli aggiornamenti annuali tra obblighi e responsabilità del RPCT e del gruppo di lavoro ai fini dei progetti PNRR'.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Adottare un programma per la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione, differenziandolo in relazione alla tipologia di attività svolta.	Sì	Sì	Sì
	Erogare il corso relativo all'etica pubblica a tutti i neoassunti	Sì	Sì	Sì

Referenti aziendali dell'obiettivo: RPCT e UOSD Formazione

Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione

La rotazione del personale è una misura di carattere preventivo che deve essere attuata nei confronti di coloro che operano nei settori maggiormente esposti a corruzione. La rotazione, che consiste nello spostamento periodico o occasionale di dipendenti da un ufficio a un altro, limita il consolidarsi di relazioni che possano favorire illeciti. Va però tenuto in considerazione anche l'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa e per tale motivo la stessa deve essere adeguatamente programmata.

Lo scopo è quello di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività o di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti.

Tuttavia, va considerato che la rotazione in ambito sanitario presenta peculiari criticità in ragione della *mission* affidata. Il settore clinico è caratterizzato dal possesso di titoli e competenze specialistiche e gli stessi incarichi amministrativi e tecnici richiedono in molti casi competenze specifiche (si pensi a servizi come ingegneria clinica, settore protezione e prevenzione, ITC). Le figure in grado di svolgere compiti specifici sono in numero molto limitato. Per tutte queste ragioni, il settore sanitario rappresenta un ambito in cui la rotazione può risultare di difficile applicabilità. Si ritiene a tal fine di procedere con il ricorso a misure alternative quali:

- segmentazione delle funzioni, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli. Ad esempio, nel ciclo degli acquisti, distinguere le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti per incoraggiare il controllo reciproco;
- previsione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento, facendo sì che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- predisposizione di specifiche procedure operative cui attenersi e verifiche periodiche sul rispetto delle regole previste;
- previsione di una rotazione "funzionale" da attuarsi con la modifica periodica dei compiti;
- applicazione della misura della rotazione a processi decisionali brevi, come quelli relativi ad attività ispettive, incarichi legali, incarichi all'interno di commissioni di selezione, anche mediante ricorso ad albi appositamente istituiti.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire la rotazione del personale nelle aree a elevato rischio corruzione	Programmare la rotazione (o le eventuali misure alternative), compatibilmente con le esigenze operative, valutandone l'impatto sull'intera struttura.	Sì	Sì	Sì
	Applicare la rotazione straordinaria come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane, altre UOC di area amministrativo-tecnica e UO ispettive e di controllo

Anac, in un recente parere, ha suggerito la necessità, in aggiunta alle misure alternative proposte, di definire sistemi di monitoraggio strutturati ed espliciti per evitare il verificarsi del rischio di condizionamenti e/o comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il collegamento con il sistema di valutazione della performance, attraverso l'indicazione di obiettivi volti anche allo sviluppo di competenze trasversali.

Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)

L'istituto del whistleblowing è stato novellato nel corso del 2023 con l'adozione del D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", nonché dalle linee guida di ANAC, adottate con delibera 311 del 12 luglio 2023, relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

L'Azienda ULSS 3 Serenissima con Deliberazione n. 1746 del 19 ottobre 2023 ha approvato il Regolamento aziendale in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali (illeciti amministrativi, contabili, civili e penali) e del diritto dell'Unione Europea, consistenti in comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica.

Il whistleblower è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate, perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica.

I soggetti che possono segnalare, divulgare o denunciare all'autorità giudiziaria sono tutti i dipendenti dell'Azienda e tutti coloro che con l'Azienda operano (lavoratori subordinati e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi, liberi professionisti e consulenti, volontari e tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, persone con funzione di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza).

Le segnalazioni devono essere trasmesse attraverso i seguenti canali:

- 1) Canale interno, mediante l'apposito sistema informatico per le segnalazioni di Whistleblowing attivato dall'Azienda, servizio postale o posta interna (cartacea) indirizzata al RPCT, segnalazione telefonica o di persona al RPCT;
- 2) Canale esterno (gestito da ANAC), utilizzabile nei casi specificatamente previsti dalla normativa;
- 3) Divulgazione pubblica tramite stampa o comunque tramite mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone, nei casi specificatamente previsti dalla normativa;
- 4) Denuncia all'autorità giudiziaria o contabile.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT il quale, una volta ricevuta, avvisa il segnalante dell'avvenuto ricevimento entro 7 giorni ed è tenuto ad avviare l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento.

L'identità della persona segnalante e qualsiasi altra informazione da cui potrebbe evincersi non possono essere rivelate a persone diverse da quelle competenti. La persona segnalante non può subire alcuna ritorsione, intesa come qualsiasi comportamento, atto od omissione, anche solo tentato o minacciato, posto in essere in ragione della segnalazione e che provochi o possa provocare alla persona segnalante, in via diretta o indiretta, un danno ingiusto. La comunicazione dell'eventuale ritorsione subita va inoltrata esclusivamente all'ANAC.

La protezione dalle ritorsioni viene estesa anche ad altri soggetti: al facilitatore, alle persone del medesimo contesto lavorativo della persona segnalante e che sono legate ad essi da uno stabile legame affettivo o di parentela entro il quarto grado, ai colleghi di lavoro della persona segnalante, agli enti di proprietà della persona segnalante o per i quali le stesse persone lavorano nonché agli enti che operano nel medesimo contesto lavorativo delle predette persone.

Il Regolamento è pubblicato nel sito aziendale alla sezione Home > Amministrazione trasparente > Altri contenuti > Prevenzione della corruzione > Whistleblowing-Segnalazione di illeciti, raggiungibile al seguente link: <https://trasparenza.aulss3.veneto.it/Whistleblowing-Segnalazione-di-illeciti>.

Nel corso del 2024 non sono pervenute segnalazioni di whistleblower.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire la tutela dei dipendenti che segnalano illeciti	Garantire l'operatività della piattaforma informatica WhistleblowingPA per la segnalazione di illeciti	Sì	Sì	Sì
	Applicazione della procedura aziendale per la gestione delle segnalazioni di illeciti e per la tutela del dipendente pubblico	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: RPCT

Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al RPCT di tutti gli elementi, dati e informazioni relativi ad eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Tutti i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Referenti delle altre articolazioni aziendali sono dunque tenuti ad assicurare la massima collaborazione al RPCT, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste. L'Ufficio procedimenti disciplinari invia anche al RPCT la relazione annuale che predispone per la Direzione strategica.

Del mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa si deve tener conto in sede di valutazione individuale ai fini del raggiungimento degli obiettivi di performance.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire al RPCT il corretto flusso di informazioni	Promuovere la massima collaborazione tra responsabili delle strutture e RPCT	Sì	Sì	Sì
	Il rispetto del flusso informativo viene considerato anche in sede di valutazione della performance	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: Tutte le UU.OO. aziendali

Regolamentazione dello svolgimento di attività e incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, la normativa (art. 53 del D. Lgs. 165/2001) prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò per evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Azienda, con delibera n. 2216 del 31/12/2021 ha adottato un apposito regolamento in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, pubblicato sul sito web aziendale unitamente alla modulistica completa per eventuali richieste o comunicazioni.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Acquisire la documentazione relativa alle richieste per lo svolgimento di incarichi e attività extra istituzionali secondo le modalità e le tempistiche previste dal regolamento aziendale.	Sì	Sì	Sì
	Autorizzare tali richieste sulla base dei criteri oggettivi individuati.	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Gestione Risorse Umane

Protocollo di legalità e Patti di integrità

L'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali cita espressamente il Protocollo di Legalità del 17 settembre 2019 nelle lettere di invito alle procedure di gara e nelle dichiarazioni integrative al DGUE, richiedendo a tutti i soggetti interessati a partecipare alle procedure di gara di sottoscrivere l'accettazione delle condizioni stabilite nel suddetto protocollo.

In particolare, si è inserita nella documentazione relativa alle procedure di gara, la seguente dicitura: *"Alla presente procedura si applicano le prescrizioni di cui alla nota n. 479297 emanata dalla Regione Veneto in data 14/10/2022. Tale nota contiene le indicazioni operative, nelle more del rinnovo del Protocollo di legalità, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, da questa Azienda recepito con delibera n. 1593 del 11/10/2019, consultabile nel sito internet www.aulss3.veneto.it percorso: Amministrazione Trasparente, Bandi di gara e contratti, Protocollo di legalità."*

2.3.6.2 Misure specifiche

In riferimento a determinati processi ritenuti particolarmente esposti al rischio corruzione, laddove l'applicazione delle misure generali non possa garantire la neutralizzazione dei fattori abilitanti l'evento rischioso, vengono adottate anche misure di prevenzione specifiche.

Di seguito vengono esposte le principali misure che l'Azienda applica in relazione ai processi individuati. Tali misure sono condivise con i soggetti coinvolti attraverso l'informativa e la diffusione del Codice di comportamento aziendale.

Gestione delle liste d'attesa e attività libero professionale

L'Azienda ULSS 3 Serenissima considera di particolare importanza il rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, per il fatto che i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale.

Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza, rispettando l'ordine cronologico di prenotazione e i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni.

Con delibera n. 1482 del 30 agosto 2024 l'Azienda ha adottato il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa, in conformità alle indicazioni del Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) approvato dalla Regione del Veneto con DGR 626 del 04 giugno 2024.

L'Azienda ha istituito, per alcune prestazioni, specifici "**percorsi di tutela**" per garantire che le richieste dei cittadini vengano soddisfatte anche quando le prestazioni di primo accesso, secondo la priorità, non possono essere erogate entro i tempi massimi previsti al momento della prenotazione.

L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzato dall'Azienda e svolto nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Inoltre, non deve essere in contrasto con le finalità aziendali e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

Il dipendente mantiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale. Il dipendente non deve inoltre favorire, nel percorso istituzionale, pazienti da lui seguiti in regime di libera professione.

Con Delibera del Direttore Generale n. 1088 del 26/06/2023 è stato aggiornato il Regolamento aziendale per l'esercizio della libera professione intramuraria e altre attività a pagamento, che disciplina l'esercizio di tali attività (le quali costituiscono un'offerta integrativa e non sostitutiva dei servizi resi in regime istituzionale) da parte del personale della dirigenza del ruolo sanitario con riferimento all'erogazione di prestazioni svolte sia in regime ambulatoriale che di ricovero, oltre alle modalità organizzative e gestionali delle attività di supporto.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire la corretta gestione delle liste d'attesa secondo le indicazioni fornite dalla normativa	• Rispetto delle procedure e regolamenti aziendali • Efficiente gestione delle agende di prenotazione • Monitoraggio dell'attuazione del Piano Operativo aziendale • Potenziamento dell'appropriatezza prescrittiva • Monitoraggio dei tempi d'attesa • Trasparenza dei percorsi organizzativi	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOS Specialistica, UOC Direzione Amministrativa di Ospedale

Ricerca e sperimentazioni

Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte in conformità alla normativa nazionale e regionale e ai regolamenti aziendali, osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica, i principi etici e deontologici che ispirano l'attività medica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

L'avvio di qualunque studio clinico o sperimentazione deve essere preceduto dall'acquisizione del parere del Comitato Etico e dall'autorizzazione della Direzione strategica aziendale.

Ai fini della prevenzione della corruzione, ogni dipendente è tenuto a condurre l'attività di ricerca e di sperimentazione libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone. Il Codice di comportamento aziendale prevede infatti che il dipendente:

- pubblichi i dati in modo accurato, senza alterazione dei risultati;
- rendiconti in maniera puntuale e veritiera i contributi e i finanziamenti ricevuti;
- conduca le sperimentazioni cliniche senza compromettere il corretto espletamento dell'attività istituzionale;
- curi che i rapporti con lo sponsor siano trasparenti e documentati;
- informi, tramite l'Unità di ricerca Clinica, la Direzione strategica aziendale e il Comitato Etico di potenziali conflitti di interessi (finanziari o di altra natura) o di eventuali attività o iniziative che possano compromettere la credibilità della ricerca (a es. omissione di appropriati controlli, impiego di metodi analitici ingannevoli, impropria inclusione o esclusione di autori).

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Garantire all'attività di ricerca e sperimentazione lo svolgimento in assenza di condizionamenti esterni	Attuazione delle norme specificatamente indicate nel Codice di comportamento e nella procedura aziendale	Sì	Sì	Sì
	Presenza del servizio aziendale "Unità di Ricerca Clinica" e del Comitato Etico Territoriale competente	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOS Commissione Terapeutica e Ricerca Clinica e UOC Farmacia Ospedaliera.

Sponsorizzazioni

La formazione, l'informazione e l'aggiornamento scientifico dei professionisti sanitari sono offerti e fruiti nell'ambito del SSR con caratteristiche di obiettività e indipendenza.

Tutti i soggetti coinvolti nel sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) devono conformare i propri comportamenti ai principi di:

- correttezza ed efficacia del sistema, attraverso il perseguimento di scopi esclusivamente formativi e di aggiornamento da parte dei soggetti pubblici e privati coinvolti, che hanno l'obbligo di perseguire prioritariamente l'interesse pubblico;
- trasparenza dell'azione amministrativa. Nell'offerta e nella fruizione di attività formative non debbono verificarsi condizioni di conflitto di interesse.

Il ricorso allo strumento della sponsorizzazione nell'ambito della formazione, che consente all'Azienda di disporre di ulteriori opportunità formative, viene disciplinato allo scopo di evitare insorgenza e realizzazione di condizioni di conflitto di interesse anche potenziali.

La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda. I dipendenti coinvolti nella formazione sono individuati dall'Azienda che comunica, per il tramite dell'Ufficio Formazione, alla segreteria organizzativa o allo sponsor, i nominativi dei professionisti individuati in relazione alle competenze possedute e al bisogno formativo, nel rispetto della procedura aziendale e secondo criteri di imparzialità e rotazione. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, prima di ricorrere a soggetti esterni, viene prioritariamente valutata la presenza di professionisti interni che siano in possesso delle adeguate competenze professionali richieste dall'evento formativo sempre nel rispetto dei criteri di imparzialità e trasparenza.

L'UOSD Formazione predispone e mantiene aggiornato l'albo dei formatori, strumento a supporto dei responsabili scientifici dei corsi di formazione e aggiornamento finalizzato al reclutamento e alla selezione di esperti/docenti.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Offrire attività formativa sponsorizzata prevenendo il verificarsi di situazioni di conflitto d'interessi	Rispetto Regolamento e procedura - elenco ditte sponsorizzatrici per eventi extra sede	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOSD Formazione

Stipula di contratti per l'acquisto e l'utilizzo di farmaci, presidi e altro materiale sanitario

I rapporti con società farmaceutiche e/o con le ditte produttrici di dispositivi medici sono gestiti nel rispetto delle disposizioni di legge e in modo da evitare qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto.

Al fine di evitare di favorire un'impresa a discapito di altre vengono definiti in sede di gara i requisiti tecnico-economici in modo trasparente e oggettivo ed inoltre, in tutte le procedure di affidamento, sono rispettati i principi di parità di trattamento, non discriminazione, imparzialità e pubblicità.

Il personale medico prescrive i farmaci e i dispositivi e gli ausili secondo le migliori scelte di terapia basate su evidenze scientifiche, nel rispetto dei principi deontologici e di imparzialità, di sicurezza di uso e di sostenibilità economica e tenendo conto delle indicazioni relative all'appropriatezza prescrittiva.

Il dipendente non può promuovere nei confronti degli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di prodotto e/o materiale sanitario e non, al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali. I rapporti con i fornitori possono intercorrere soltanto nel rispetto delle procedure aziendali all'uopo definite.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2025	2026	2027
Evitare i comportamenti volti a favorire indebitamente determinati fornitori	Garantire il rispetto dei principi di imparzialità come previsto anche dal Codice di comportamento aziendale	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOC Provveditorato, Economato e Logistica e UOC Farmacia Ospedaliera

Accreditamento delle strutture

In fase di accreditamento, oltre ai fattori strutturali, tecnologici e organizzativi, si aggiunge la necessità di verificare i requisiti di qualità e di organizzazione necessari per garantire prestazioni per conto del SSR. Oltre a quanto previsto dalle disposizioni normative, si considerino anche la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza degli atti assunti dall'Azienda.

Obiettivo operativo	Azioni in programma	2024	2025	2026
Rafforzamento dei controlli per la verifica dei requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture convenzionate	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica	Sì	Sì	Sì
	Stesura del verbale secondo modelli Regionali	Sì	Sì	Sì

Referente aziendale dell'obiettivo: UOS Rapporti con strutture accreditate, UOC Sociale, Dipartimento di Prevenzione

Misure specifiche per gli interventi finanziati con i fondi PNRR

Visto l'ingente flusso di risorse economiche a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità della realizzazione di molti interventi, l'Azienda intende presidiare con specifiche e puntuali misure tutti gli affidamenti relativi al PNRR, di seguito elencate:

- **Misure di trasparenza** (tracciabilità informatica degli atti)

I provvedimenti relativi agli interventi finanziati con fondi PNRR sono pubblicati nell'apposita sezione "Provvedimenti PNRR" in Amministrazione Trasparente. Le procedure di affidamento sono realizzate anche con il supporto della piattaforma e-procurement Sintel.

Sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione del Veneto (nota prot. n.0360178 del 18 luglio 2024), per promuovere la conoscenza dello stato di avanzamento delle iniziative finanziate con fondi PNRR e garantire la trasparenza riguardo agli impatti delle stesse sul territorio, l'Azienda ha istituito una sezione "PNRR" all'interno del sito aziendale, all'interno della quale sono pubblicate informazioni e fotografie aggiornate di ogni intervento;

- **Misure di controllo** (effettuazione di monitoraggi periodici infrannuali)

La Circolare MEF n.30/2022 stabilisce che "l'efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte delle Amministrazioni interessate, adeguati sistemi di gestione e controllo, in grado di



assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione del Piano stesso da parte dell'U.E.”.

L'Azienda a questo fine si è dotata di un efficace sistema di gestione e controllo, che coinvolge attivamente diversi attori e funzioni aziendali, per garantire un costante monitoraggio.

In primo luogo, con deliberazione n. 547 del 31 marzo 2022, è stato individuato il referente unico aziendale per tutte le componenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dei RUP per ciascuno degli interventi previsti. I RUP sono responsabili della realizzazione operativa dei progetti e dei connessi adempimenti di monitoraggio, rendicontazione e controllo. I RUP effettuano controlli di primo livello in ogni settore operativo, per ogni processo, procedimento o procedura.

Le attività di rendicontazione degli interventi PNRR sono svolte attraverso il sistema informativo ReGiS, sviluppato dal MEF, che consente di rilevare:

- lo stato di avanzamento delle misure;
- il monitoraggio e la rendicontazione di milestone e target tramite la verifica del soddisfacimento dei requisiti richiesti, sulla base della documentazione giustificativa e delle analisi di scostamento quantitativo, qualitativo e temporale;
- lo stato di avanzamento finanziario, fisico e procedurale dei progetti afferenti a ciascuna misura di investimento.

Vengono inoltre effettuate numerose iniziative interne di coordinamento tra i vari Uffici aziendali per raccordare le varie attività al fine di rispettare le scadenze previste dal PNRR.

- *Gestione degli aspetti contabili e tracciabilità dei movimenti economici e finanziari*

La tracciabilità dei movimenti economici e finanziari legati al PNRR è garantita attraverso la contabilità generale. Per garantire chiarezza e trasparenza, il Bilancio consuntivo riporta schemi di conto economico e di stato patrimoniale specifici relativi agli interventi PNRR;

- *Utilizzo di check list, ovvero strumenti operativi che consentono un'attività di autocontrollo da parte dei soggetti coinvolti nello svolgimento della procedura di affidamento, nonché un successivo controllo/supervisione dei medesimi atti da parte di soggetti diversi (uffici amministrativi interessati)*

Per ogni affidamento ad un operatore economico la piattaforma Regis chiede che siano inseriti dal RUP, tra le altre informazioni, la compilazione di check-list con il dettaglio delle specifiche informazioni che hanno riguardato l'intervento e l'effettiva applicazione degli obblighi di legge e di quelli specifici del PNRR;

- *Dichiarazioni sull'assenza del conflitto di interesse*

Secondo le linee guida PNRR, ad ogni affidamento viene richiesta ai soggetti interessati la sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

2.3.6.3 La Trasparenza

La trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione ed è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti anche internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità e allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

La trasparenza è una delle misure di prevenzione della corruzione introdotta dalla legge 190/2012 e successivamente approfondita e meglio definita dal d.lgs. 33/2013 ss.mm.ii secondo il quale essa è intesa

come “accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche” (art. 1, comma 1 D.Lgs. n. 33/2013).

La promozione di sempre maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione. L’Azienda persegue inoltre i seguenti obiettivi strategici riguardanti la trasparenza:

- garantire flussi informativi aggiornati e completi;
- assicurare livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni, assicurando un flusso informativo costante e completo dei dati e delle informazioni aziendali nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- pubblicare documenti, dati e informazioni in modo chiaro e comprensibile a chiunque;
- individuare gli incaricati all’elaborazione e pubblicazione dei dati e iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell’applicazione della responsabilità prevista dal d.lgs. 33/2013;
- implementare e attuare i sistemi di monitoraggio sull’attuazione degli obblighi di trasparenza;
- rafforzare l’analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR.

Gli Obblighi di pubblicazione

L’Azienda ULSS 3, nell’allegato n. 2, ha individuato le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, i principali flussi informativi, le tempistiche di pubblicazione, nonché le unità operative responsabili della pubblicazione dei dati. L’Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale assicurandone l’integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l’omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali e l’indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili. La pubblicazione delle informazioni e dei dati viene effettuata in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa comunitaria e nazionale e dalle “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati” del Garante della Privacy, nel rispetto di tutti i principi in materia quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di “responsabilizzazione” del titolare del trattamento.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell’Azienda si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative a cui compete l’elaborazione e la pubblicazione dei dati e delle informazioni. L’RPCT svolge una costante attività di monitoraggio sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei soggetti coinvolti e, in caso di pubblicazione inesatta o incompleta, invia comunicazione al Servizio interessato per richiedere l’aggiornamento tempestivo della relativa sezione di Amministrazione Trasparente. Nel 2024 l’esito dell’attività di monitoraggio è stato positivo sia per quanto riguarda la completezza dei dati, sia per le modalità di pubblicazione che per il rispetto dei termini previsti dalla legge.

L’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell’Azienda ULSS 3 Serenissima, in data 27.6.2024, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 213/2024. La griglia di validazione è consultabile in Amministrazione Trasparente nella sezione Controlli e rilievi sull’amministrazione > Organismi indipendenti di valutazione > Atti degli OIV.

Recentemente l’ANAC, ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo n. 33/2013, con la delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato i tre nuovi schemi di pubblicazione riguardanti l’assolvimento degli obblighi

di pubblicazione previsti agli articoli: art. 4-bis “Utilizzo delle risorse pubbliche”, art. 13 “Organizzazione” e art. 31 “Controlli su attività e organizzazione”. Inoltre, ha approvato un documento contenente le Istruzioni operative per la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013, contenente indicazioni utili per la pubblicazione relativamente a requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse. Per procedere all’aggiornamento delle sezioni di Amministrazione Trasparente nel rispetto dei predetti schemi relativi agli artt. 4-bis, 13 e 31, ANAC concede alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi. Inoltre, ha reso disponibili anche ulteriori schemi, non ancora approvati, relativi ad altri obblighi di pubblicazione previsti in altri articoli del medesimo decreto. Nel corso del 2025 l’Azienda aggiornerà le sezioni di Amministrazione Trasparente interessate dal Provvedimento Anac per adeguare il contenuto ai dettami dei nuovi schemi approvati.

L’Accesso civico

L’Azienda ha aggiornato il proprio Regolamento in materia di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico semplice e generalizzato a dati, informazioni e documenti con la deliberazione n. 2190 del 29 dicembre 2023.

Il Regolamento recepisce gli orientamenti giurisprudenziali consolidati in tema di accesso nonché gli indirizzi espressi dall’ANAC e le pronunce della Commissione per l’accesso ai documenti amministrativi, e riguarda le seguenti tipologie di accesso:

- “accesso documentale”: l’accesso ai documenti e dati detenuti dalla pubblica amministrazione, per i quali è comprovato un interesse giuridicamente rilevante da parte dell’istante;
- “accesso civico” (o accesso civico semplice): riguardante esclusivamente documenti, informazioni o dati per i quali è previsto un preciso obbligo di pubblicazione, nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione;
- “accesso generalizzato”: l’accesso a dati e a documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria per legge, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche.

L’RPCT, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016, cura e pubblica l’aggiornamento semestrale del registro degli accessi, elencando le richieste di accesso presentate all’Azienda con indicazione di oggetto, data dell’istanza, relativo esito e data della decisione.

Trasparenza e conferimento incarichi

L’Azienda ULSS 3 Serenissima considera di particolare importanza assicurare la massima trasparenza negli incarichi di direzione di struttura complessa (di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero), di struttura semplice, negli incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo e negli incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

Nello svolgimento di queste attività vengono rispettate tutte le disposizioni normative relative alle procedure di selezione ed assegnazione degli incarichi, anche con riferimento a quelli conferiti ai sensi dell’art.15 septies del D.lgs. 502/1992.

Trasparenza e contratti pubblici di acquisti in ambito sanitario

Il d.lgs. 36/2023 (nuovo Codice dei contratti pubblici) ha introdotto, a partire dal 1° gennaio 2024, rilevanti modifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni, in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici e del principio dell'unicità dell'invio (only once), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informativo (art. 19, comma 2).

L'Azienda deve comunicare tempestivamente i dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), raggiungibile mediante un link collocato nella sezione "Bandi di gara e contratti" in Amministrazione Trasparente.

L'Azienda, inoltre, pubblica all'interno della relativa sezione del sito web aziendale, i dati che non vengono trasmessi alla BDNCP ma che sono comunque oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'allegato 1 alla delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n.601 del 19 dicembre 2023.

2.3.7 Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

L'attività di prevenzione di rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'intero sistema, attraverso verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità rispetto ai valori attesi. Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione "Monitoraggio" del presente PIAO.

SEZIONE 3

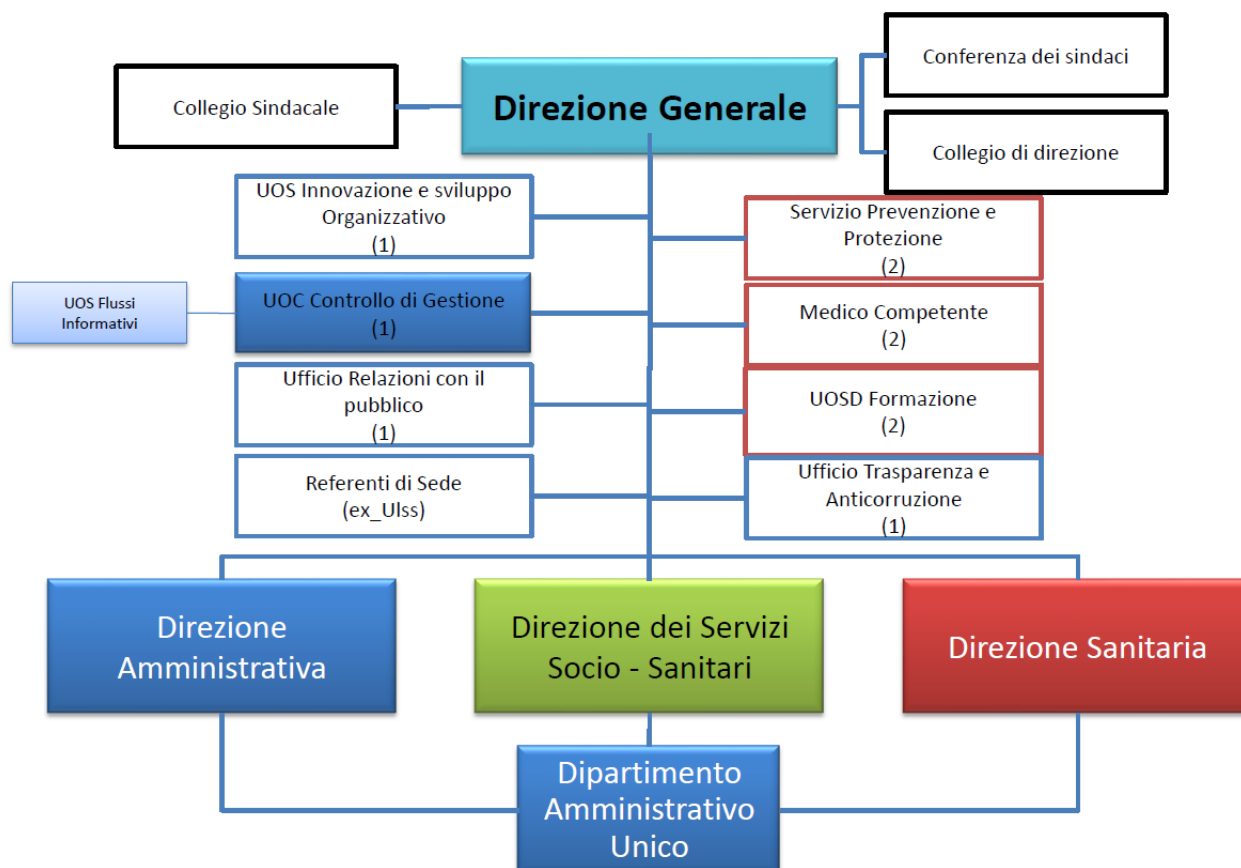
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

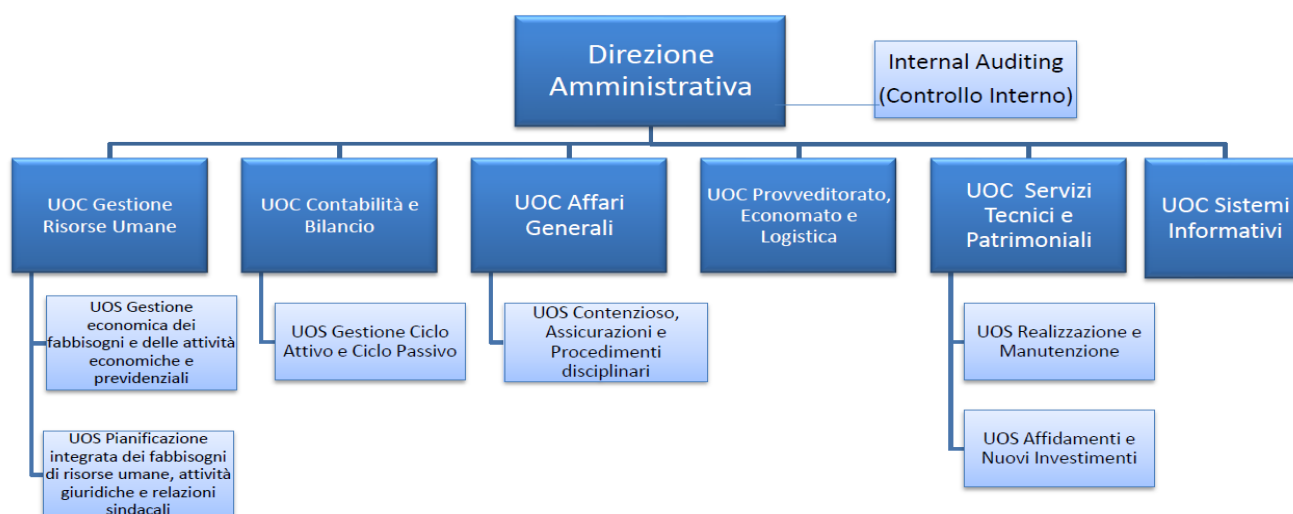
3.1 Struttura organizzativa

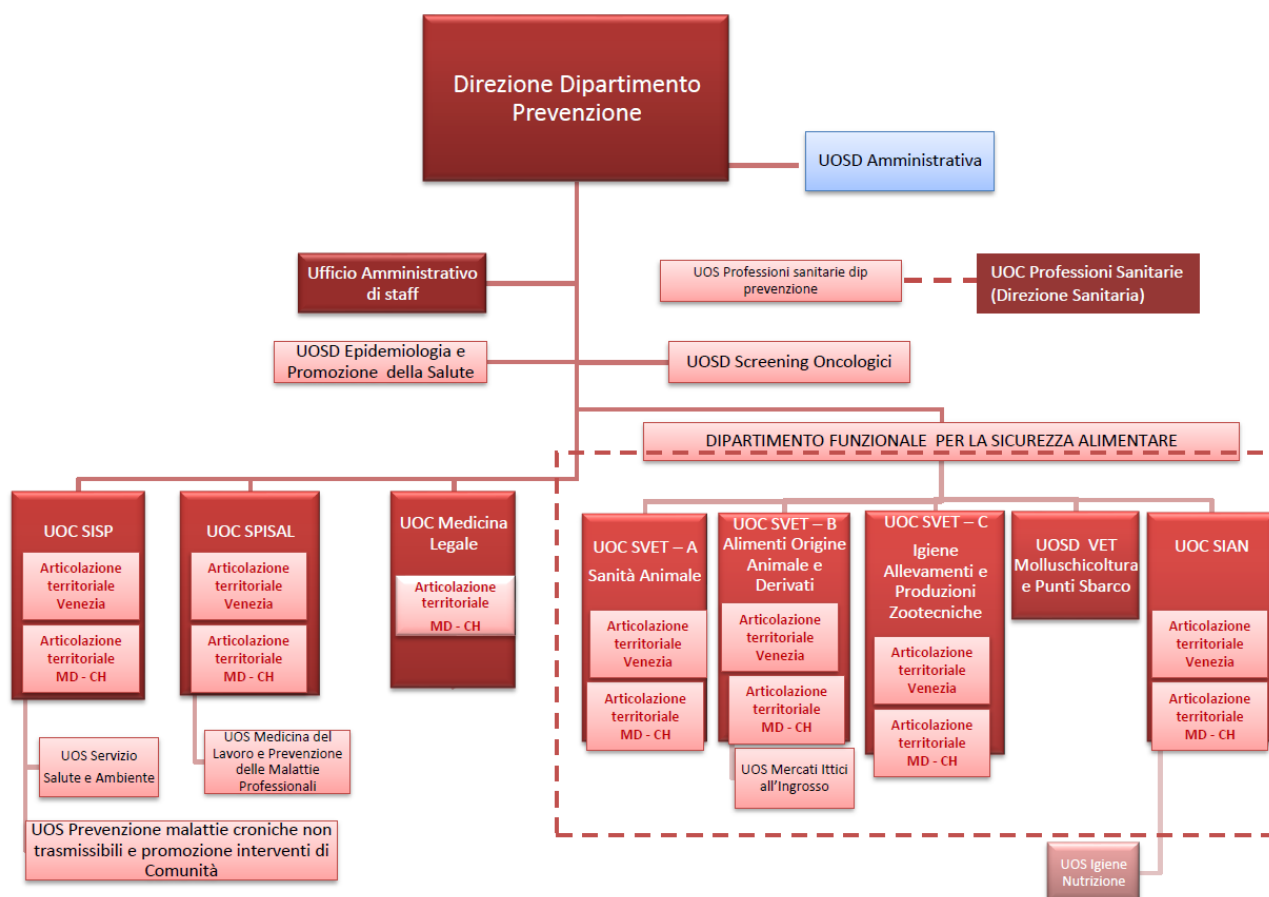
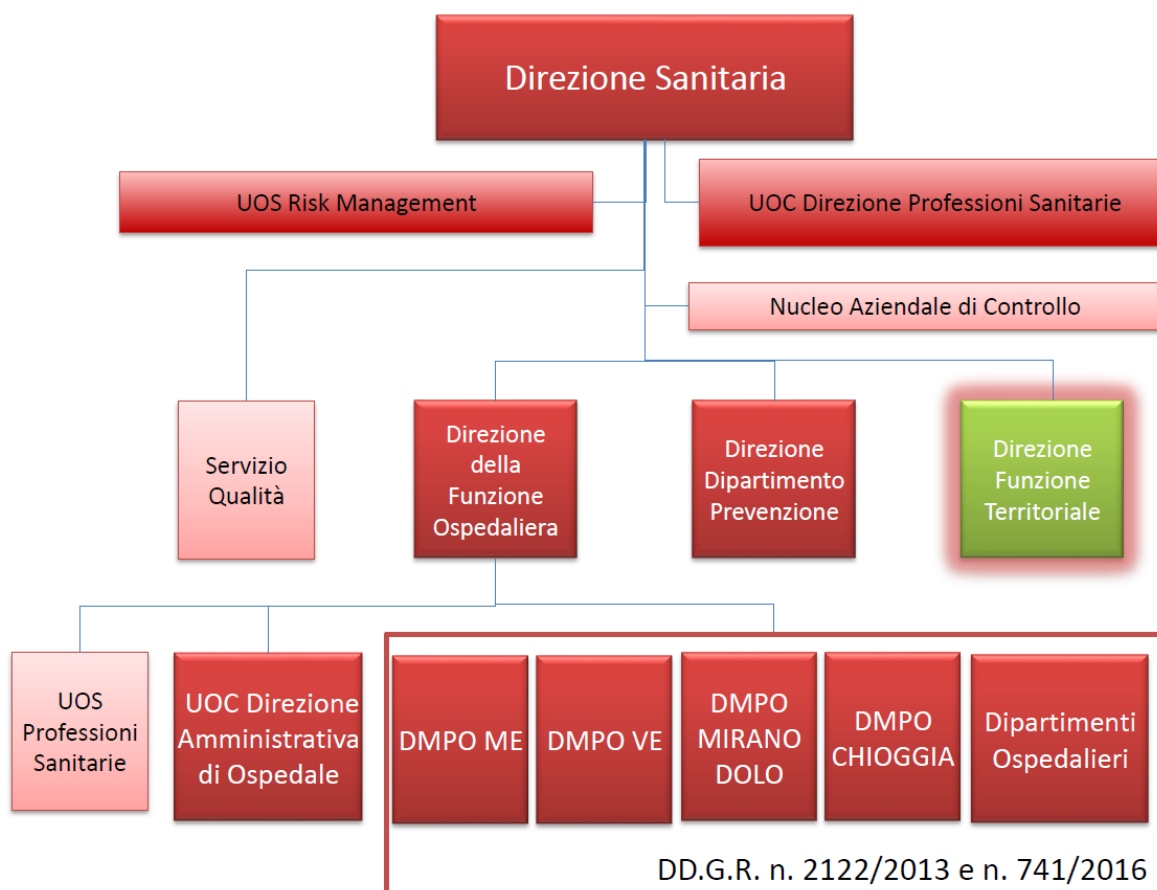
Con delibera aziendale n. 1457 del 25 agosto 2023 è stato adottato l'attuale Atto Aziendale.

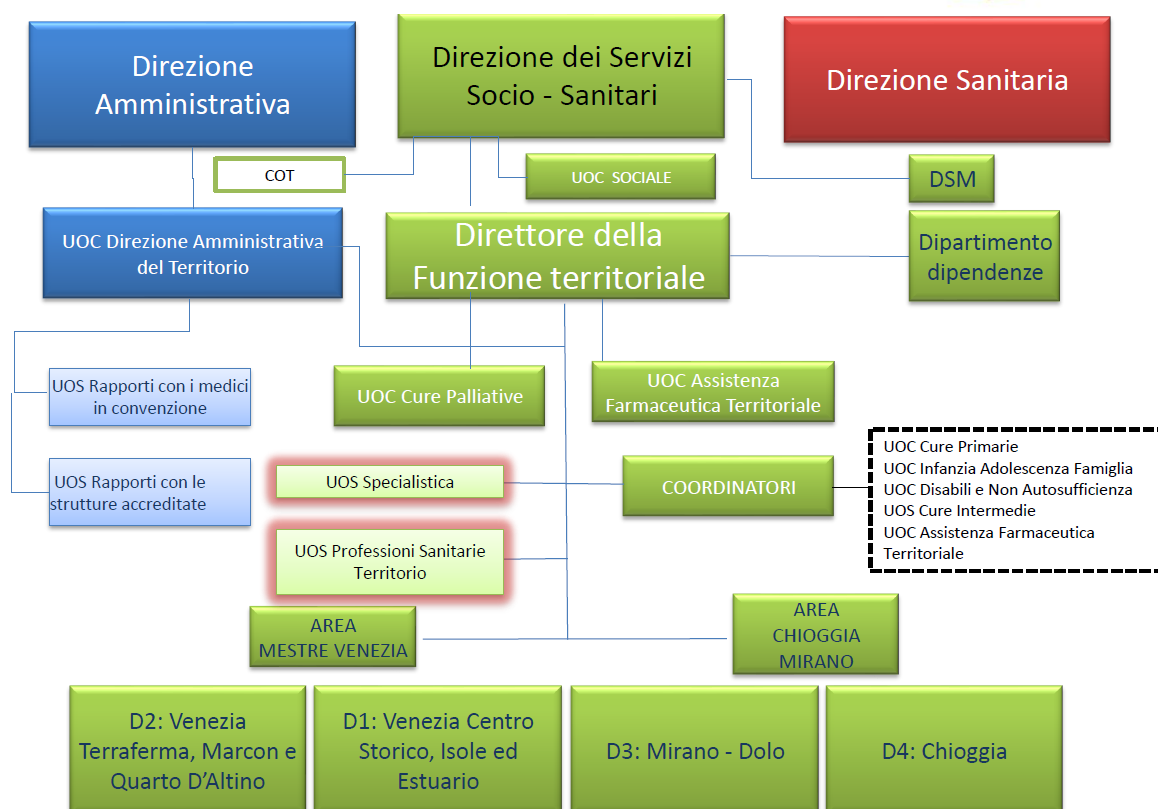
Gli organigrammi che vengono esposti nel prosieguo fanno riferimento alla vigente articolazione aziendale.



- (1) Con afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa
(2) Con afferenza funzionale alla Direzione Sanitaria







3.2 Organizzazione del lavoro agile

3.2.1 Evoluzione normativa: dallo smart working emergenziale a quello ordinario

L'istituto è stato introdotto per la prima volta nelle Pubbliche Amministrazioni dalla legge 7 agosto 2015, n. 124, e poi disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, cui sono seguite le Linee Guida della direttiva n. 3/2017. Con l'avvento della pandemia nel febbraio 2020 e con la relativa normativa emergenziale che si è susseguita il lavoro agile è stato introdotto nell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

A partire da febbraio 2020, infatti, a seguito del diffondersi dell'epidemia Covid-19, sono stati emanati una serie di provvedimenti per semplificare l'accesso allo Smart Working e diffonderne al massimo l'utilizzo.

Con la normativa emergenziale successiva veniva sempre ribadito che il lavoro agile costituiva la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione fino alla cessazione dello stato di emergenza e si confermava che le Amministrazioni erano chiamate ad uno sforzo organizzativo e gestionale per garantire il pieno utilizzo dello smart working, accessibile in modo temporaneamente semplificato (cioè senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale), così da ridurre al minimo gli spostamenti e la presenza dei dipendenti negli uffici, correlandola ai servizi indifferibili non erogabili da remoto.

L'Amministrazione ha, quindi, assicurato lo svolgimento del lavoro agile (su base giornaliera, settimanale o plurisettimanale) almeno al 50% del personale (naturalmente si parla di personale impegnato in attività che possono essere svolte secondo questa modalità).

L'Amministrazione, nel rispetto dei punti salienti del decreto ministeriale 19 ottobre 2020, ha assicurato in ogni caso le percentuali più elevate possibili di lavoro agile, compatibili con le potenzialità organizzative e con la qualità e l'effettività del servizio.

Il Decreto Riaperture (decreto-legge 22 aprile 2021 n. 52), entrato in vigore il 23 aprile 2021, prorogando lo stato di emergenza, ha esteso l'adozione della procedura semplificata fino al 31 luglio 2021. L'adozione dello smart working con procedure semplificate continuava ad essere legata, quindi, alla cessazione dello stato emergenziale.

Con il successivo Decreto Proroghe (decreto legge 30 aprile 2021, n. 56), approvato il 29 aprile in Consiglio dei Ministri, si stabiliva che fino alla definizione della disciplina del lavoro agile nei contratti collettivi del pubblico impiego, e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, le amministrazioni pubbliche potessero continuare a ricorrere alla procedura semplificata per lo *smart working*.

Successivamente, con il DPCM 23 settembre 2021, il lavoro agile per le Pubbliche Amministrazioni viene svincolato dallo stato emergenziale e ricondotto alla disciplina ordinaria del d.lgs. 81/2017.

Infatti, il suddetto Decreto stabiliva che dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA tornava ad essere quella in presenza. Si torna, pertanto, al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, nelle more delle trattative per i rinnovi dei contratti pubblici, che garantiranno, una volta concluse, una regolazione puntuale dello smart working.

Per cui, a seguito della normativa sopracitata, viene previsto che ogni Direttore di Unità Operativa individui le attività che possono essere oggetto di lavoro agile all'interno del proprio Servizio e che attraverso la sottoscrizione di un accordo individuale disciplini il rapporto di lavoro.

Procedimento di attuazione

In uno scenario epidemiologico meno pressante l'Amministrazione ha quindi iniziato un percorso di attuazione dello smart working ordinario che si è articolato in alcuni step fondamentali:

1. Definizione della disciplina: approvazione con Delibera del Direttore Generale del modello di accordo individuale tra dipendenti e Direttori coinvolti per le modalità attuative dello svolgimento della prestazione di lavoro agile, con conseguente approvazione di un *addendum* al contratto di lavoro individuale.
2. Mappatura delle attività: ogni Direttore ha dovuto individuare all'interno del suo Servizio le attività che potevano essere svolte in modalità agile.

Criteri utilizzati per l'individuazione delle attività che si possono svolgere da remoto

Tenuto conto dell'esperienza del lavoro agile emergenziale, le attività che possono essere svolte in tale modalità sono quelle che presentano un nucleo minimo di fattori.

Per ciascuna macrofunzione, comprese quelle trasversali, sono stati individuati i seguenti fattori:

Fase descrittiva dell'attività:

1. Il processo/attività/servizio richiede la presenza in modo continuativo del personale?
2. Il processo/attività/servizio è gestibile a distanza: le attività possono essere svolte da remoto con gli strumenti/tecnologie messe a disposizione?

3. Le attività richiedono lo svolgimento di attività esterne in modo non occasionale (ispezioni, controlli o attività presso soggetti esterni)?

Grado di digitalizzazione (oggettiva):

1. Il processo/attività/servizio è digitalizzato?
2. L' hardware e software è già disponibile per la gestione?
3. Le elaborazioni sono realizzabili con lo stesso grado di efficienza in sede e da remoto? L'accesso al servizio è garantito con uno sportello virtuale?
4. Gli archivi cartacei sono presenti e utilizzati in via residuale?
5. L'acquisizione delle informazioni per lo svolgimento delle attività può avvenire anche a distanza?

Grado di digitalizzazione (soggettiva):

1. Qual è livello atteso delle competenze digitali richieste per la gestione dei processi/attività/servizi e possedute dai dipendenti?

Il numero complessivo dei dipendenti assegnati alle macrofunzioni “smartabili” costituisce la platea di coloro che potranno “potenzialmente” accedere al lavoro agile.

È compito di ciascuna Unità Operativa organizzare per tutti i dipendenti assegnati e per ogni obiettivo cui sono collegati una programmazione più dettagliata delle attività e, conseguentemente, delle priorità lavorative di breve-medio periodo; esercitare un’attività di controllo diretto e costante, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, nonché verificare il conseguimento degli obiettivi stessi.

Nel quadro sopra delineato la Direzione Risorse Umane ha assunto un ruolo strategico di coordinamento e di governance del lavoro agile.

Obiettivi del lavoro agile

Il lavoro agile persegue i seguenti obiettivi:

- a. agevolare le misure di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, introducendo una maggiore flessibilità nello svolgimento delle attività;
- b. promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi e di percorrenze. In tale ambito il lavoro agile si collega alle direttive emanate con vari Decreti del Ministero dell'Ambiente in materia di "Mobilità Sostenibile nelle Aree Urbane";
- c. introdurre soluzioni organizzative che favoriscano lo sviluppo di una cultura gestionale orientata al risultato e, al tempo stesso, mirata a un miglioramento della produttività e della performance individuale, sia in termini quantitativi che qualitativi;
- d. valorizzare l’uso di nuove tecnologie e razionalizzare gli spazi lavorativi, realizzando economie di gestione e di spesa.

Doveri del lavoratore in modalità agile

Nell’esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi del D.P.R. del 16 aprile 2013, n. 62, “Regolamento recante il codice di

comportamento dei dipendenti pubblici”, delle previsioni di cui al d.lgs. 196/03, modificato dal d.lgs. 101/2018, del Regolamento Aziendale recante misure tecniche e organizzative relativo alla protezione dei dati personali approvato con Delibera del Direttore Generale n 1017 del 24 maggio 2018, nonché delle informative diramate dall’Amministrazione e delle istruzioni operative impartite dal Dirigente ai fini dell’adozione delle misure di sicurezza necessarie per il corretto trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell’art. 21 della legge 81/2017, la verifica delle attività svolte in modalità agile è effettuata attraverso il monitoraggio delle pratiche assegnate dal Direttore/Responsabile.

Ferma restando l’applicazione delle disposizioni di legge e di contrattazione collettiva in materia di responsabilità disciplinare, le condotte connesse all’esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile che rilevano ai fini disciplinari sono le seguenti:

- violazione degli obblighi di custodia
- violazione degli obblighi di riservatezza
- violazione dell’obbligo di reperibilità durante alle fasce concordate

Prospettiva di applicazione del lavoro agile

In una prospettiva di medio termine, considerato il ruolo strategico dell’istituto del lavoro agile e il prevedibile sviluppo futuro, potrebbero essere individuati i seguenti obiettivi:

- integrare/modificare quanto inizialmente previsto in funzione delle esigenze strategico-organizzative dell’Amministrazione. Negli obiettivi che prevedono la modalità di lavoro agile occorrerà specificare il grado di “*engagement*” inteso come contributo e responsabilizzazione del lavoratore: sarà necessario, cioè, declinare obiettivi specifici, da ricondurre agli obiettivi a cui il dipendente è associato all’interno del Servizio. Inoltre, la programmazione fluida e gli esiti del monitoraggio dovranno essere oggetto di momenti di feedback formali e informali tra il dirigente/funziionario responsabile e il dipendente, soprattutto al crescere del numero di giornate di lavoro agile.
- prevedere orizzonti temporali differenziati (obiettivi settimanali mensili, bimestrali, semestrali, ecc.)
- adeguare progressivamente i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno e di misurazione della performance organizzativa e individuale determinando idonei indicatori al fine di valutare efficienza, efficacia ed economicità delle attività svolte in modalità agile;
- monitorare la parità di trattamento tra lavoratori agili e non e tra lavoratori agili e prevenire conflitti di interesse dei soggetti che devono monitorare i risultati dei lavoratori agili;
- si dovrà far riferimento, rispetto ai risultati, a obiettivi individuali o di gruppo/team e relativi indicatori che riguardano la gestione delle attività programmate e i compiti assegnati;
- declinare gli obiettivi specifici e organizzativi riportati nel Piano della performance e nei diversi strumenti di programmazione, in attività su cui il singolo lavoratore è responsabilizzato.

3.2.2 Lavoro agile alla luce della contrattazione collettiva

Principi generali

Nel novembre 2022, è intervenuto il nuovo CCNL del Comparto Sanità, che ha contrattualizzato l’istituto del lavoro agile.

Il CCNL ha ripreso alcuni concetti già previsti dal d.lgs. 81/2017 e dalla normativa successiva, come quello di conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l’innovazione organizzativa, garantendo al contempo

l'equilibrio fra tempi di vita e di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno, cristallizzando quindi il principio dell'alternanza tra lavoro in presenza e lavoro da remoto, superando definitivamente il carattere sostitutivo della prestazione in presenza, a differenza di quanto avvenuto durante il periodo emergenziale.

Altro aspetto su cui viene posta l'attenzione è la garanzia della sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore, la piena operatività della dotazione informatica e l'adozione di tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Ente, che vengono trattate dal lavoratore al di fuori dei locali aziendali.

Il CCNL prevede che il lavoratore concordi con l'Amministrazione i luoghi ove è possibile svolgere l'attività, per assicurare la protezione dei dati trattati. In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza dei presupposti che garantiscano tali condizioni.

Ribadisce, inoltre, che la prestazione lavorativa in modalità agile non modifica la natura del rapporto di lavoro in atto; il dipendente conserva i medesimi diritti e obblighi nascenti dal rapporto di lavoro in presenza. Devono essere assicurate al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera o economiche, alla incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

Accesso al lavoro agile

L'adesione al lavoro agile ha natura consensuale e volontaria ed è consentito a tutti i lavoratori – siano essi con rapporto di lavoro a tempo pieno o parziale, a tempo indeterminato o determinato.

L'Amministrazione, nel dare accesso al lavoro agile, avrà cura di conciliare le esigenze di benessere e flessibilità dei lavoratori con gli obiettivi di miglioramento del servizio pubblico e con le specifiche necessità tecniche delle attività, fermi restando i diritti di priorità sanciti dalle normative tempo per tempo vigenti nonché l'obbligo da parte dei lavoratori di garantire, nell'esercizio della loro attività lavorativa, gli stessi livelli prestazionali previsti per l'attività in presenza.

Accordo individuale

Per poter effettuare in modalità agile la prestazione di lavoro deve obbligatoriamente essere stipulato per iscritto, ai fini della regolarità amministrativa e della prova, un accordo individuale tra il datore di lavoro e il lavoratore. Questo disciplina l'esecuzione della prestazione lavorativa svolta all'esterno dei locali dell'Azienda, anche con riguardo alle forme di esercizio del potere direttivo del datore di lavoro e agli strumenti utilizzati dal lavoratore che di norma vengono forniti dall'Amministrazione.

L'accordo deve inoltre contenere almeno i seguenti elementi essenziali:

- a) durata dell'accordo, avendo presente che lo stesso può essere a termine o a tempo indeterminato;
- b) modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede abituale di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- c) modalità di recesso, che deve avvenire con un termine di preavviso non inferiore a 30 giorni salve le ipotesi previste dall'art. 19 legge 81/2017;
- d) ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- e) indicazione della fascia di contattabilità e inoperabilità;

- f) i tempi di riposo del lavoratore, che comunque non devono essere inferiori a quelli previsti per il lavoratore in presenza e le misure tecniche e organizzative necessarie per assicurare la disconnessione del lavoratore dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro;
- g) le modalità di esercizio del potere direttivo e di controllo del datore di lavoro sulla prestazione resa dal lavoratore all'esterno dei locali dell'amministrazione nel rispetto di quanto disposto dall'art. 4 della legge 20 maggio 1970, n. 300 e s.m.i.;
- h) l'impegno del lavoratore a rispettare le prescrizioni indicate nell'informativa sulla salute e sicurezza sul lavoro ricevuta dall'amministrazione.

Articolazione della prestazione e diritto alla disconnessione

La prestazione lavorativa in modalità agile può essere articolata nelle seguenti fasce temporali:

- a) fascia di contattabilità - nella quale il lavoratore è contattabile sia telefonicamente che via mail o con altre modalità similari. Tale fascia oraria non può essere superiore all'orario medio giornaliero di lavoro;
- b) fascia di inoperabilità - nella quale il lavoratore non può erogare alcuna prestazione lavorativa.

Tale fascia comprende il periodo di 11 ore di riposo consecutivo a cui il lavoratore è tenuto nonché il periodo di lavoro notturno tra le ore 22:00 e le ore 6:00 del giorno successivo.

Formazione nel lavoro agile

Novità introdotta per la prima volta è la previsione di una specifica formazione nell'ambito del lavoro da remoto, al fine di accompagnare il percorso di introduzione e consolidamento del lavoro agile.

Nel piano della formazione saranno previste specifiche iniziative formative per il personale che usufruisca di tale modalità di svolgimento della prestazione.

La formazione dovrà perseguire l'obiettivo di formare il personale all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione e degli altri strumenti previsti per operare in modalità agile nonché di diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, l'empowerment, la delega decisionale, la collaborazione, la condivisione delle informazioni e la salute e sicurezza sul lavoro.

Attuazione a livello aziendale

Al fine poi di poter avere una declinazione applicativa il più possibile omogenea dell'istituto del lavoro agile a livello regionale per tutte le Aziende sanitarie della Regione del Veneto sono stati effettuati tavoli di lavoro che hanno portato alla stesura di una bozza di Regolamento e Accordo individuale condiviso a livello regionale che ogni Amministrazione ha poi declinato alla luce delle sue peculiarità e esigenze specifiche, con l'obiettivo condiviso di un utilizzare l'istituto come strumento di miglioramento della performance e della produttività in linea con le disposizioni normative.

Pertanto, nel corso del 2023, anche alla luce della nuova disciplina contrattuale, è stato attuato il confronto sindacale come previsto dal CCNL in vigore ed è stato elaborato il Regolamento Aziendale in materia di lavoro a distanza (lavoro agile e lavoro da remoto) per il personale dell'Ulss 3 Serenissima che troverà applicazione nel corso del 2024 relativamente al personale del Comparto e della Dirigenza.

Con Delibera del Direttore Generale n. 737 del 8 maggio 2024 è stato approvato il Regolamento aziendale in materia di lavoro agile e lavoro da remoto per il personale dell'Azienda Ulss Serenissima nonché la relativa modulistica.

Il Regolamento e tutta la modulistica necessaria sono stati pubblicati nella Intranet aziendale così che ogni dipendente possa agevolmente scaricare il materiale necessario.

Vi è un monitoraggio costante sugli accordi individuali che vengono sottoscritti anche per una rendicontazione alla Regione anche in relazione al Clima Organizzativo.

3.3 Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni di personale e di finanza pubblica.

In questa sottosezione si riportano i contenuti predisposti dall'Azienda per il fabbisogno di personale triennale – esercizi 2025-2026-2027 e aggiornamento 2024 – secondo l'impostazione prevista dalla d.G.R. n. 677/2018, con la quale la Regione del Veneto ha definito le procedure e le tempistiche per l'adozione e l'approvazione dei PTFP da parte delle Aziende ed enti del S.S.R. prevedendo la presentazione del piano entro il 30 novembre di ogni anno e al fine di garantire il successivo percorso autorizzatorio.

Il Piano è composto dalla Tabella A – Scheda 1 - “Piano Fabbisogno del Personale Aggiornamento anno 2024” e Tabella A – Scheda 1 - “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 25/27” per gli esercizi 2025-2026 e 2027, alla Tabella B “Dotazione Organica Personale Dipendente” anno 2024 e 2025.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 e la revisione per l'anno 2024, corredato dalle relative tabelle e dalla relazione illustrativa, è stato adottato in via provvisoria con la deliberazione del Direttore Generale n. 2018 adottata del 29 novembre 2024 ed è stato trasmesso alla Regione del Veneto – Area Sanità e Sociale per la sua approvazione.

Successivamente, con nota prot. n. 6341 del 10 gennaio 2025, a seguito di richiesta della Regione del Veneto, è stata formulata nuovamente la Tabella A “Piano Fabbisogno del Personale – PTFP 25/27”, con riferimento specifico al costo delle prestazioni aggiuntive, e trasmessa alla Regione del Veneto ai fini della prevista approvazione.

Con nota prot. n. 13942 del 22 gennaio 2025, la Regione del Veneto ha poi approvato Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025-2027 e la revisione per l'anno 2024, corredato dalle relative tabelle, che si allegano, e dalla relazione illustrativa, è stato infine adottato in via definitiva con la deliberazione del Direttore Generale n.157 adottata del 28 gennaio 2025.

Per la determinazione del fabbisogno del personale FTE dipendente, si è tenuto conto delle esigenze delle singole unità operative appartenenti ai Presidi Ospedalieri, ai Distretti Socio-Sanitari, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento delle Dipendenze e ai Servizi Amministrativi.

Nella determinazione del fabbisogno del personale dipendente – Area Comparto Sanità – si è tenuto conto della DGR Veneto n. 614 del 14/05/2019 e della redazione del conseguente Piano Aziendale di Attuazione della nuova Programmazione Regionale delle Strutture Ospedaliere ed Intermedie che ha ricevuto parere di congruità con la DGR Veneto n. 69 del 21/01/2020.

Nella determinazione del fabbisogno del personale FTE non dipendente è stato inserito il personale convenzionato: specialista ambulatoriale interno, veterinario e altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologo e psicologo).

Al personale FTE non dipendente va aggiunto il personale con il quale è instaurato un rapporto di lavoro di natura libero professionale, di consulenza e di prestazione occasionale, in presenza di autonomo finanziamento proveniente dal Ministero della Salute, dalla Regione e dagli Enti Locali.

Nell'aggiornamento annuale del prossimo piano triennale si darà conto della ricaduta sulla dotazione organica dello sviluppo del DM 77/2022 e della DGR Veneto 721/2023 "Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete di assistenza territoriale", prevedendo di avviare l'istituzione di almeno 1 equipe UCA.

È prevista inoltre l'implementazione della rete delle cure palliative (domiciliari e hospice).

Modalità di finanziamento dei relativi costi

MEDICINA CONVENZIONATA

Per la specialistica ambulatoriale interna l'importo previsto per l'anno 2024 è pari ad euro 24.692.674,26. Per gli anni 2024 e 2025 vengono rispettati la spesa e il monte ore annuali.

SERVIZI SOCIALI

Sono a totale carico del Bilancio - parte sociale il personale in staff al Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, appartenente al ruolo amministrativo, il personale della Dirigenza PTA e parte del personale del comparto – profilo educatore professionale, operatore sociosanitario, assistente sociale e personale amministrativo – che opera presso le 2 UOC Disabilità dell'area di Mestre-Venezia e di Mirano-Chioggia.

ACQUISTO DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Tali risorse, previste nel piano, in armonia a quanto stabilito dalle norme contrattuali e legislative, nonché da disposizioni regionali, vengono utilizzate per:

1. consentire il rispetto delle liste di attesa attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive da dirigenti medici dipendenti;
2. remunerare le guardie notturne ai sensi dell'art. 89, comma 6, del CCNL Area Sanità, Triennio 2019-2021;
3. far fronte ad effettive insufficienze degli organici nelle discipline carenti sul mercato per le quali l'Azienda ha chiesto ad Azienda Zero l'indizione di procedure di reclutamento le cui graduatorie non sono sufficienti a coprire i posti messi a bando.

Con riferimento all'anno 2024 l'importo riconosciuto alla Azienda Ulss 3, come nuovo limite per la libera professione aziendale (LPA), la DGR n.280/2024 individua un valore pari a €2.860.627,00 che nel corso dell'anno è stato integrato come di seguito:

A) dagli importi relativi alla quota Fondo Balduzzi anno 2023 per un totale complessivo pari a € 464.331,00 ripartito come segue: € 414.331,00 per i dipendenti e € 50.000,00 per i medici SAI, utilizzata e liquidata dalla Direzione Amministrativa Territoriale;

B) dagli importi previsti dalla DGR Veneto n.1210 del 22.10.2024 relativa a "Approvazione delle linee generali di indirizzo attuative dell'art.7, comma 1, lett. d) del CCNL del Comparto Sanità stipulato 2.11.2022", per un importo pari a € 196.217,00, utilizzata per l'acquisto di prestazioni del comparto per attività in equipe;

C) dagli importi previsti dalla DGR Veneto n.280 del 21.3.2024 relativa al Piano Operativo Aziendale (POA) per il recupero delle liste di attesa, per un importo pari a €1.125.008,00 per la dirigenza (ripartizione risorse art.1, c.220, L.213 del 30.12.2023).

D) dagli importi previsti dalla DGR Veneto n.441 del 30.4.2024 relativa allo stanziamento aggiuntivo per prestazioni aggiuntive da parte del Comparto, utilizzati prioritariamente per il recupero delle liste d'attesa, come da Piano Operativo Aziendale (POA) per un importo pari a € 771.224,99;

Si rappresenta che per l'attività di recupero liste d'attesa, sia della Dirigenza che del Comparto, l'importo finanziato è risultato insufficiente per l'intero anno.

Preme evidenziare che, come indicato nella nota del Direttore Generale prot. 194251 dell'11 ottobre 2024, è risultato necessario procedere comunque con l'acquisto prestazioni per sopperire alla carenza d'organico, ovvero evitare situazioni di interruzione di pubblico servizio o garantire l'attività in favore di pazienti oncologici, fragili o relativa a servizi essenziali.

Le ragioni che hanno portato alla dinamica di costi rappresentata in tabella sono state evidenziate alla Regione del Veneto con la nota prot. 119973 del 19 giugno 2024, indirizzata al Direttore dell'Area Sanità e Sociale, dove si richiedevano ulteriori finanziamenti che, sin dalla prima parte dell'anno, venivano stimati insufficienti a coprire l'attività necessaria.

In questa nota venivano anche richiamate le motivazioni a sostegno della richiesta di ulteriori finanziamenti:

- a. il nuovo limite aziendale 2024 per l'acquisto prestazioni della Dirigenza pari a € 2.860.626,90 finanzia tutte le attività, comprese quelle da effettuare presso i servizi di emergenza – urgenza ospedaliera, prestazioni quest'ultime che nell'anno 2023 avevano uno specifico finanziamento;
- b. garantire le prestazioni presso le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda dei diversi Presidi Ospedalieri;
- c. sopperire alla criticità riguardante le UOC dei servizi di Emergenza-Urgenza;
- d. la riduzione dell'impatto della carenza di personale;
- e. l'incremento dovuto al nuovo importo orario/turno previsto dall'art.89, comma 6, lett. d) del CCNL del 23 gennaio 2024, Area Sanità e dagli accordi tra la Regione e le OO.SS. per la Dirigenza e per il Comparto.

Infatti:

- e1. per la dirigenza i valori orari/turno turni di guardia festivi e notturni (12 ore) sono passati da € 480,00 a € 640,00;
- e2. per la dirigenza l'attività aggiuntiva ordinaria diurna oraria da € 60,00 a € 80,00 ed infine a € 100,00;
- e3. per il comparto l'attività aggiuntiva ordinaria diurna oraria da € 36,00 a € 50,00.

Per il triennio 2024-2026 preme evidenziare che l'importo per l'acquisto di prestazioni aggiuntive individuato in € 2.860.627,00, per la dirigenza, con una riduzione di € 32.458,71 rispetto alla quota "storica", appare insufficiente a coprire le necessità, dato che la stima, sulla scorta dell'attività svolta nell'anno 2024 e sulla previsione dei dati disponibili attualmente (fino a settembre), fa ipotizzare un complessivo di € 5.329.430,00, pertanto con necessità di un'integrazione della quota autorizzata pari a € 2.468.803,00, quota necessaria per coprire i fabbisogni rappresentati nei punti 2 e 3 suindicati, in particolare la "carenza d'organico". L'importo complessivo per la dirigenza, come stanziamento comprensivo della quota parte del Fondo Balduzzi, dà un valore pari a € 5.743.761,00.

Per quanto concerne il comparto, l'ammontare delle risorse disponibili è un valore comunque inferiore rispetto a quanto risulta a consuntivo 2024 e preventivato a BEP 2025 per un totale complessivo di €

1.091.570,00, necessari per dare copertura all'attività in aggiuntiva del comparto, svolta in particolare nelle equipe.

INCARICHI ex art. 7 comma 6 del D. Lgs. 165/2001

L'Azienda, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, nel caso in cui non si possa far fronte con personale strutturato, ricorre a rapporti di lavoro autonomo per lo svolgimento di attività di natura sanitaria e socio-sanitaria.

Il ricorso a tale modalità di reclutamento deriva in gran parte dalla difficoltà nel reperire le necessarie risorse umane seguendo le ordinarie procedure di concorso.

In tal senso, la Regione del Veneto con deliberazione di Giunta n. 106 del 12 febbraio 2024, considerata l'oggettiva difficoltà delle Aziende del Servizio sanitario regionale nel reperire personale medico da inserire in forma stabile, ha ricordato a quali strumenti derogatori rispetto alle procedure ordinarie è possibile ricorrere, in via eccezionale, per il reclutamento delle risorse necessarie a garantire il pubblico servizio e la continuità assistenziale: tra gli strumenti derogatori è previsto il conferimento di incarichi libero-professionali ai sensi dell'art. 7, comma 6 e 6 bis, del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Gli incarichi vengono conferiti all'esito di specifiche selezioni indette da Azienda Zero su indicazione regionale, o, in mancanza, all'esito di procedure selettive gestite direttamente dall'Azienda.

Per l'anno 2024, allo scopo di soddisfare la domanda di visite specialistiche nelle branche oggetto delle maggiori criticità in termini di rispetto dei tempi di attesa sul territorio regionale, con successive deliberazioni di Giunta Regionale sono state avviate specifiche procedure selettive per il conferimento di incarichi libero-professionali volti al soddisfacimento dei fabbisogni di recupero liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

ATTIVITÀ DI CONSULENZA

Convenzioni già attivate:

- Convenzione con l'Azienda Ospedale-Università di Padova per attività di consulenza nefrologica e di dialisi per l'area di Chioggia;
- Convenzione con l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana per consulenze in Chirurgia Pediatrica.

Nel corso dell'anno 2024 sono state altresì attivate due convenzioni:

- Convenzione con l'Azienda Ospedale-Università di Padova per attività di analgesedazione pediatrica.

Convenzione con l'Azienda ULSS 6 Euganea per attività di lettura referti screening mammografico.

Il costo per l'anno 2024 è pari ad € 213.000,00.

Per l'anno 2025 si prevede un costo di € 407.000,00 a fronte della prevista attivazione di ulteriori convenzioni per attività di neuroradiologia.

INCARICHI ex art. 7 comma 6 del D. Lgs. 165/2001 CON SPECIFICO FINANZIAMENTO

Nella colonna P è inserito il costo di euro 1.285.653,24 da sostenere nell'anno 2024 per incarichi libero professionali conferiti/da conferire a profili professionali vari per effettuazione di progetti finanziati.

Per l'anno 2025, nella colonna P, è inserito il costo previsto di euro 738.944,49 così suddiviso:

Dirigenza Medica - totale importo euro 160.000,00:

- Personale medico da assegnare ai Centri di raccolta sangue del Dipartimento di Medicina Trasfusionale con finanziamento del Fondo Regionale per le attività trasfusionali (FRAT).

Dirigenza Sanitaria

Profilo Psicologo - totale importo euro 414.683,52 così suddiviso:

- Équipes specialistiche Lanterna DDR n. 49 del 27/05/2024 per euro 112.200,00;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico DDR n. 863 del 30/12/2022 e DDR n. 242 del 26/02/2024 per euro 25.889,18;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico DDR n. 788 del 4/07/2023 per euro 5.923,28;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico Decreto Ministero Salute del 28/12/2023 per euro 68.515,20;
- Fondo per la cura soggetti con disturbo Spettro Autistico DDR n. 1557/2023 per euro 104.323,51;
- Disturbi del comportamento alimentare DGR 905 del 26/07/2022 e DDR n. 78/2022 e n. 108/2022 per euro 97.832,35.

Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa

Profilo Ingegnere - totale importo euro 3.000,00:

- Progetto sovraccarico biomeccanico articolazioni DDR 1 del 14/01/2021. Finanziamento Regionale.

Personale della riabilitazione

Profili Educatore Professionale – totale importo euro 125.620,47 così suddiviso:

- Fondo per la cura soggetti con disturbo Spettro Autistico DDR n. 1557/2023 per euro 25.200,00;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico DDR n. 863 del 30/12/2022 e DDR n. 242 del 26/02/2024 per euro 27.962,70;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico DDR n. 788 del 4/07/2023 per euro 6.577,77;
- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico Decreto Ministero Salute del 28/12/2023 per euro 65.880,00.

Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario comparto - totale importo euro 35.640,50 così suddiviso:

Profilo Assistente Sociale

- Progetto Chiama & vinci Gioco Azzardo Patologico Decreto Ministero Salute del 28/12/2023 per euro 18.940,50.

Profilo Informatico

- Progetto “Rilevazione di casi di patologia professionale da agenti infettivi: strumenti e metodi per l’acquisizione delle informazioni e rilevazione dei fattori causali” BRIC-2022 per euro 16.700,00.

INCARICHI ex art. 7 comma 6 del D. Lgs. 165/2001 – COSTO NON DIPENDENTI BILANCIO SOCIALE

Nella colonna Q è inserito il costo di euro 303.549,85 da sostenere nell’anno 2024 per incarichi libero professionali conferiti/da conferire a profili professionali vari per lo svolgimento di attività a carico del Bilancio Sociale.

Per l’anno 2025, nella colonna Q, è inserito il costo previsto di euro 108.256,12 così suddiviso:

Dirigenza Sanitaria

Profilo Psicologo - totale importo euro 16.501,50:

Progetto Territoriale Veneto Adozioni (PTVA) DGR n. 1233 del 10/10/2023 e DDR n. 143 del 24/11/2023.

Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa

Profilo Avvocato - totale importo euro 23.625,00:

Avvocati per Consultori Familiari finanziamento Comuni del territorio.

Personale della riabilitazione

Profili Educatore Professionale – totale importo euro 25.467,72 così suddiviso:

- Piano operativo 2021 per il sostegno della natalità e della genitorialità nell’ambito delle competenze sociali dei Consultori Familiari DGR n. 1426 del 29/10/2021 e DDR n. 68 del 9/11/2021 per euro 13.992,72;
- Progetto Territoriale Veneto Adozioni (PTVA) DGR n. 1233 del 10/10/2023 e DDR n. 143 del 24/11/2023 per euro 4.000,00;
- Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare (CASF) finanziato dai Comuni del Distretto 3 per euro 7.475,00.

Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario

Importo totale euro 42.661,90.

ESTERNALIZZAZIONE

Nella colonna R “Altre tipologie” sono inseriti i costi relativi ad affidamento di servizi sanitari a fornitori.

Sono stati affidati i seguenti servizi:

- Servizio Medico presso il Punto di Primo Intervento del Lido di Venezia;
- Servizio di copertura turni di guardia interdivisionale di Area Medica del P.O. di Chioggia;
- Servizio di copertura turni di guardia interdivisionale di Area Chirurgica del P.O. di Chioggia;
- Servizio di copertura turni di medici per la UOC Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Mirano-Dolo;
- Servizio di copertura turni di medici per la UOC Anestesia e Rianimazione del P.O. di Mirano-Dolo e Chioggia;
- Servizio di copertura turni di medici per la UOC Pediatria del P.O. di Chioggia;
- Servizio di copertura turni di medici per la UOC Radiologia del P.O. di Mirano e Chioggia;
- Servizio di copertura turni di medici per la UOC Pronto Soccorso del P.O. di Venezia, Chioggia e Mirano-Dolo;
- Servizio per visite mediche personale radioesposto di tutti i Presidi Ospedalieri.

Il ricorso a questa tipologia di acquisizione di risorse è dovuto alla presenza di evidente criticità nel reclutare il personale medico mediante le ordinarie procedure concorsuali, con possibile compromissione dei livelli essenziali di assistenza.

ASSUNZIONI CATEGORIE PROTETTE ex art. 1 comma 1 Legge n. 68/1999

L’Azienda, con provvedimento n. 443 del 14/03/2024, ha sottoscritto una Convenzione di Programma, ex art. 11 comma 1 L. 68/1999, con Veneto Lavoro per l’assunzione di personale disabile.

L’Azienda Ulss 3 Serenissima ha intenzione di continuare ad ottemperare all’assunzione delle categorie protette anche per l’anno 2025 procedendo all’assunzione di n. 17 unità del ruolo sanitario, tecnico e amministrativo.

ASSUNZIONI CATEGORIE PROTETTE ex art. 18 comma 2 Legge n. 68/1999

In base al prospetto informativo presentato ex art. 9, Legge n. 68/1999 per l'anno 2023 vi era una scopertura di n. 30 unità, per la quale l'Azienda ha programmato delle assunzioni.

Pertanto, per il triennio 2025-2027 è intenzione dell'Azienda perseguire l'assunzione di soggetti che appartengono alla categoria delle vittime del dovere, della criminalità organizzata, del terrorismo e soggetti equiparati ex Legge n. 407/1998, Legge n. 25/2011 e D. Lgs. n. 165 art. 35 e circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2003.

STABILIZZAZIONE PERSONALE PRECARIO

Nel fabbisogno sono state previste anche le unità di personale precario ex art. 20 del D. Lgs. n. 75/2017 e s.m.i., in possesso dei requisiti ai fini della stabilizzazione, per le quali si è già ricevuta l'autorizzazione regionale e precisamente n. 3 unità appartenenti ai seguenti profili:

- 1 assistente sociale;
- 2 dirigenti psicologi.

Le suddette unità verranno stabilizzate nel corso dell'anno 2025.

3.4 Formazione Aziendale

La formazione aziendale rappresenta per l'Azienda Ulss 3 Serenissima uno strumento ed una leva strategica per il perseguimento dei propri obiettivi gestionali.

La formazione continua del personale sanitario risponde al fondamentale obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale e, pertanto, la partecipazione degli operatori alle iniziative di formazione, è finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali, e ad adeguare i comportamenti al progresso scientifico e tecnologico.

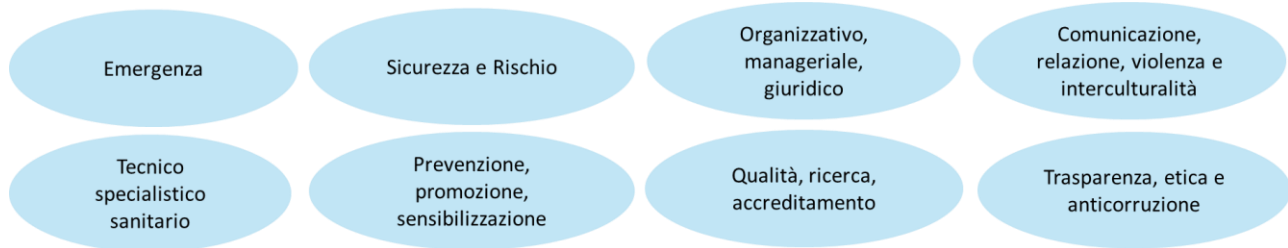
L'Azienda al fine di erogare la formazione ed aggiornamento professionale ai propri dipendenti si avvale sia di risorse interne sia di risorse esterne rappresentate da docenti ed esperti, oltre che da enti formatori.

Una delle principali leve strategiche è rappresentata dalle risorse umane e strumentali dell'UOSD Formazione ai fini dell'organizzazione ed erogazione di corsi ed eventi formativi e di aggiornamento professionale rivolti ai propri dipendenti. La formazione extraaziendale avviene quando non sono presenti adeguate professionalità internamente all'Azienda stessa o qualora, per gli argomenti trattati, per l'autorevolezza dell'ente formatore, per la necessità di attivare scambi con altre realtà, sia preferibile il ricorso all'esterno dell'Azienda.

L'Azienda utilizza tutti gli istituti contrattuali previsti per il personale dipendente al fine di permettere allo stesso la fruizione della formazione e dell'aggiornamento professionale, sia obbligatorio sia facoltativo, oltre alla formazione universitaria, extra universitaria e specialistica.

La formazione del personale del ruolo sanitario viene erogata privilegiando, ove possibile, corsi ed eventi formativi accreditati ai fini del sistema ECM.

Le aree formative riguardano i seguenti ambiti:



Piano Formativo Aziendale

La definizione degli obiettivi formativi e di aggiornamento professionale discende da un'attività di pianificazione che coinvolge tutti i livelli organizzativi, tenuto conto degli obiettivi e dei vincoli a livello nazionale e regionale collegati sia alla formazione continua in medicina (ECM), sia alla formazione finalizzata alla realizzazione dei piani sanitario e socio-sanitario nazionale e regionale.

In primis, la Direzione Aziendale informa le strutture aziendali degli obiettivi strategici da perseguire e da tenere in considerazione nella redazione del piano formativo aziendale annuale. La stessa Direzione Aziendale individua alcuni obiettivi e i relativi eventi formativi ritenuti strategici, o trasversali all'organizzazione, o normativamente cogenti per i quali si procede ad inserirli nel piano formativo aziendale. Successivamente, l'UOSD Formazione avvia il processo di redazione del piano formativo aziendale, invitando tutte le strutture aziendali ad analizzare il proprio fabbisogno formativo e a proporre eventi formativi e di aggiornamento professionale per mezzo dei rispettivi direttori di dipartimento/distretto.

Tematiche di interesse nazionale, regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da appositi provvedimenti, tra le quali rientrano tematiche che rispondono ad obiettivi PNRR e che prevedono percorsi programmati nel prossimo triennio, come di seguito riportate:

- modelli innovativi di presa in carico e governo dell'assistenza con particolare riferimento all'assistenza territoriale e alla sanità digitale;
- outcome clinico-assistenziali, con particolare attenzione alla prevenzione delle ICA e alla soddisfazione degli utenti;
- elementi di innovazione nel governo e nelle politiche del personale;
- implementazione di nuove linee guida con particolare riferimento alla diagnosi e trattamento delle demenze;
- radioprotezione del paziente ai sensi del d.lgs. 101/2022;
- terapia del dolore e cure palliative pediatriche;
- PANFLU: Piano Strategico Operativo Regionale di preparazione e risposta a una Pandemia Influenzale;
- percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta;
- medicina di genere;
- aggressioni e atti di violenza a danno del personale delle Aziende Sanitarie: valutazione del rischio e strategie di prevenzione;
- Cyber Security;
- corso Urban Search and rescue (USAR);
- formazione regionale del personale infermieristico del territorio finalizzata a potenziare un approccio orientato all'infermieristica di famiglia e comunità;
- formazione in materia di sicurezza (art.37 del D.lgs. 81/2008);



- Syllabus – Competenze digitali per la PA;
- Fertilità;
- Vaccini e strategie vaccinali;
- Responsabilità del personale, etica e trasparenza;
- Antimicrobico resistenza.



SEZIONE 4

MONITORAGGIO

4 MONITORAGGIO

Di seguito vengono illustrati i principali strumenti e le modalità di monitoraggio che l'Azienda adotta relativamente alle sezioni precedenti (Valore Pubblico, Performance, Rischi corruttivi e Trasparenza, Organizzazione e Capitale umano).

Tutte le attività inserite nel PIAO sono soggette a monitoraggio periodico. Il confronto dei risultati attesi con le azioni realizzate e le risorse utilizzate, è volto a garantire una maggiore efficacia e trasparenza dell'utilizzo delle risorse, l'ottenimento di migliori risultati e la valorizzazione economica dei servizi erogati.

In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda attuare un sistema di monitoraggio il più possibile integrato fra tutte le sezioni del Piano.

Nel PIAO viene illustrata l'integrazione tra i cicli della Performance e dell'Anticorruzione e Trasparenza. Con riferimento agli obiettivi di performance organizzativa, nel PIAO sono infatti individuate le aree in cui sono presenti i rischi che potrebbero ostacolare o impedire il raggiungimento degli obiettivi ed in coerenza con la mappatura dei processi sono monitorate le azioni individuate per mitigare il rischio di corruzione e che costituiscono obiettivi di budget. L'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione non si può infatti disgiungere da un'adeguata programmazione e dalla valutazione della performance individuale ed organizzativa. I monitoraggi vengono effettuati secondo anche le indicazioni previste dalla normativa specifica.

Monitoraggio del Valore Pubblico

Il monitoraggio della sezione Valore Pubblico avviene principalmente attraverso la misurazione del livello di Benessere equo e sostenibile rilevato nel territorio di riferimento dell'Azienda.

Si tratta di un concetto multidimensionale, la cui misurazione richiede un ampio spettro di indicatori in grado di rappresentarne la complessità attraverso una lettura integrata. L'ISTAT ha sviluppato una serie di indicatori per misurare il livello di benessere equo e sostenibile (Bes). Il sistema di indicatori riferiti ai territori (BesT) consente di estendere a livello sub-regionale un ampio set delle misure del Benessere equo e sostenibile (Bes), con l'obiettivo di valutare il progresso dei territori non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

Si riporta di seguito la misurazione degli indicatori relativi al dominio salute esposti nella relazione Istat "Bes dei Territori – Veneto 2024".

Per la provincia di Venezia nel 2023 la speranza di vita alla nascita (83,7 anni) supera il valore nazionale pari a 83,1 anni.



Province REGIONE Ripartizione	01-01	01-02	01-03	01-04	01-05	01-06
	Speranza di vita alla nascita (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)
	2023 (*) 2023 - 2019	2021 2021 - 2019	2021 2021 - 2019	2022 2022 - 2019	2021 2021 - 2019	2021 2021 - 2019
Verona	83,9	15,0	2,2	1,2	7,0	28,4
Vicenza	84,3	15,9	2,3	0,6	6,8	33,9
Belluno	83,2	17,5	2,6	1,6	8,1	30,8
Treviso	84,4	14,8	1,8	1,3	7,0	38,0
Venezia	83,7	17,8	1,9	0,9	7,3	37,2
Padova	84,1	15,6	2,1	1,1	6,4	35,2
Rovigo	82,8	22,0	2,6	1,5	7,7	30,7
VENETO	83,8	16,2	2,1	1,1	7,0	34,1
Nord-est	83,8	16,9	2,2	0,9	7,0	33,3
Italia	83,1	19,2	2,6	0,7	7,8	33,3

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2024

(a) Per ciascun indicatore, le barre sono proporzionali alla variazione standardizzata tra il valore all'ultimo anno e al 2019; la rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero la barra rossa indica un peggioramento del benessere, la verde un miglioramento.

(b) Numero medio di anni.

(c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti.

(d) Per 1.000 nati vivi.

(*) Dati provvisori.

L'Ulss 3 Serenissima aderisce alla campagna di comunicazione della qualità percepita, promosso dalla Regione Veneto, per pazienti e professionisti del sistema sanitario regionale **“La tua voce per una sanità migliore”** che comprende un insieme di progetti con la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, riconoscendo alle persone il ruolo di attori attivi del sistema. Tutte le Aziende Sanitarie della Regione del Veneto sono coinvolte e prenderanno progressivamente parte attiva in alcuni progetti specifici:

- **Progetto PREMS** (Patient Reported Experience Measures) per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti che hanno avuto un ricovero in ospedale;
- **Progetto PROMs** (Patient Reported Outcome Measures) per la misurazione degli esiti e dell'esperienza con il percorso oncologico per il tumore maligno alla mammella riportati dalle pazienti;
- **Progetto PaRIS** (Patient-Reported Indicators) promosso dall'OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico - per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino, rivolto nello specifico ai pazienti affetti da cronicità che hanno effettuato una prestazione specialistica.

Per la progettazione, la sperimentazione e il consolidamento di questi programmi Regione Veneto si avvale del supporto tecnico metodologico di Azienda Zero e la collaborazione del Laboratorio MeS (Management e sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. I risultati dell'indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi di miglioramento.

Monitoraggio Sezione Performance

L'UOC Controllo di Gestione svolge un monitoraggio continuo delle performance aziendali e di singola struttura in modo da permettere una valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi proposti. Il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle UOC/UOSD è effettuato con periodicità infra-annuale tramite i dati forniti dai sistemi informativi aziendali; a ciascuna unità operativa viene inviata una scheda di monitoraggio con il grado di performance raggiunto al fine di evidenziare eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive.

Per gli obiettivi non quantitativi, il livello di raggiungimento degli stessi viene attestato dal Responsabile del monitoraggio attraverso specifiche relazioni supportate da idonea documentazione.

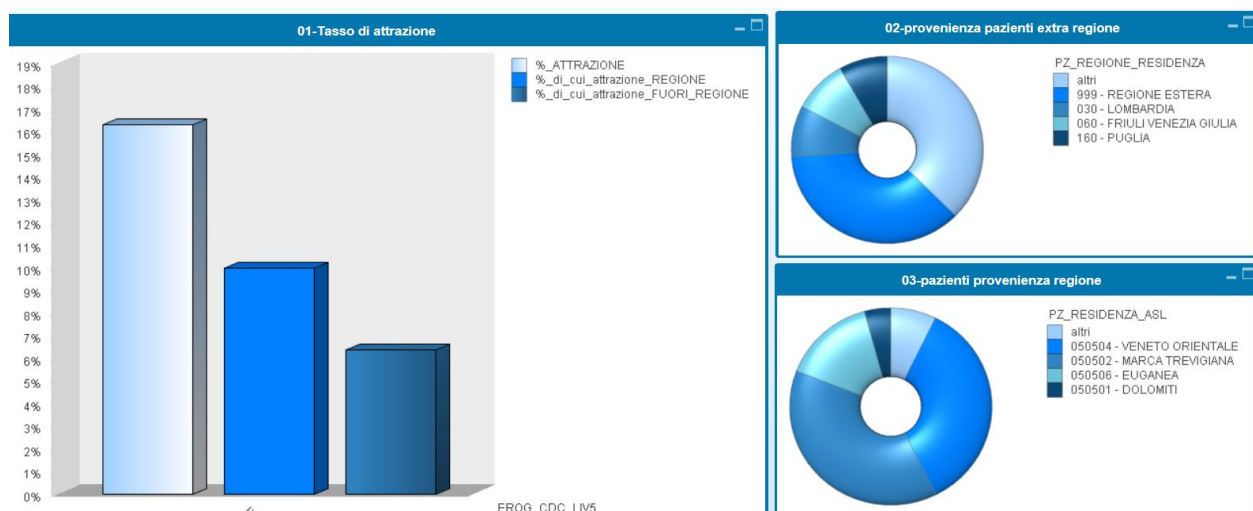
L'OIV è l'organo garante dell'intero processo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati di budget e ne attesta la correttezza metodologica. A conclusione del ciclo della performance, ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall'OIV, che evidenzia, rispetto all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

Si riportano di seguito alcuni esempi di cruscotti utilizzati per il monitoraggio della performance:

- Cruscotti relativi al monitoraggio dei tetti di spesa



- Monitoraggio della mobilità attiva e del tasso di attrazione



Il monitoraggio della performance individuale avviene periodicamente mediante una scheda di valutazione compilata per ciascun dipendente dal suo diretto superiore. La scheda è articolata in diversi item, quali ad esempio la qualità della prestazione, l'impegno lavorativo e il coinvolgimento nei percorsi di miglioramento. Nel caso in cui in sede di monitoraggio venissero rilevate situazioni di insufficienza, queste vengono segnalate dal valutatore.

Monitoraggio Sezione Rischi corruttivi e Trasparenza

Il processo di gestione del rischio corruttivo si completa con l'azione di monitoraggio, che verifica la corretta attuazione delle misure di prevenzione del rischio di corruzione e l'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dal d.lgs. 33/2013. Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui viene verificata l'attuazione e l'adequazione delle misure di prevenzione introdotte consentendo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie e la messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio è effettuato dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), in coordinamento con i referenti anticorruzione e i responsabili del monitoraggio e dell'attuazione delle misure. Unitamente alla verifica del corretto espletamento delle misure di prevenzione, viene altresì verificata la loro congruità e sostenibilità, anche in termini di efficacia e di efficienza, al fine di promuovere il costante miglioramento della strategia di prevenzione della corruzione.

Il monitoraggio prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. Non è sufficiente misurare e valutare i rischi, ma è necessario anche monitorare l'efficacia delle misure di mitigazione del rischio. Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'Elenco dei Processi allegato alla fine del presente documento, avviene mediante precisi indicatori (output di risultato).

In particolare, il monitoraggio degli obiettivi relativi alle misure generali avviene con le seguenti modalità:

Misure generali	Modalità di monitoraggio
Formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione	Monitoraggio effettuato dalla UOSD Formazione mediante l'applicativo aziendale
Rotazione del personale Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi Svolgimento delle attività extraistituzionali	Monitoraggio effettuato acquisendo le informazioni dagli uffici amministrativi interessati
Divieto di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione (divieto di <i>pantouflage</i> di cui all'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. 165/2001)	Monitoraggio effettuato dall'UOC Gestione Risorse Umane, dall'UOC Provveditorato, Acquisti e Logistica, dall'UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, nonché da altri uffici amministrativi interessati.

In taluni processi specifici si potranno effettuare dei monitoraggi di secondo livello da parte del RPCT d'intesa, ove necessario, con il supporto dell'Internal Auditing.

Il monitoraggio riguarda tutte le azioni relative ai processi aziendali a rischio corruzione mappati: a giugno con riferimento al primo semestre e a dicembre con riferimento all'intero anno. Ciascun referente dei processi individuati a rischio corruzione dovrà trasmettere al RPCT la relazione e le proposte relative alle

attività di gestione del rischio, indicando altresì le misure organizzative adottate e da adottare per l'efficace contrasto del rischio.

Attività previste durante l'anno		
Competenza	Data	Attività
Direttore Generale	31 gennaio	Approvazione del PIAO
RPCT	Entro febbraio	Comunicazione del Piano ai Responsabili e ai dipendenti dell'Azienda
Dirigenti aree a rischio	Giugno e dicembre	Monitoraggio dei rischi
RPCT	Dicembre	Relazione attività svolta

Monitoraggio sezione Organizzazione e capitale umano

La Regione Veneto adotta ogni anno il provvedimento contenente le disposizioni e le risorse riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno. Periodicamente le Aziende monitorano le azioni attivate in relazione alle suddette indicazioni regionali.

Il monitoraggio viene effettuato periodicamente da parte dell'UOC Gestione Risorse umane.



ALLEGATI

ALLEGATO 1: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Con d.G.R. 1557 del 30 dicembre 2024 la Regione del Veneto ha definito gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025, riportati nel prospetto seguente:

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2025	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027
S.01 Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	S.D.01.1 % prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	Target regionale	Target regionale
	S.D.01.2 % prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Target regionale		
	S.D.01.3 % prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti			
	S.D.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			
	S.D.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%	Target regionale	Target regionale
S.03 Perseguimento PNRR Missione 6	S.D.03.1 PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Target regionale o Milestone PNRR		
	S.O.03.2 PNRR: "Grandi apparecchiature". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
	S.S.03.4 PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
S.04 Perseguimento interventi strategici di informatica	S.S.04.1 SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Target regionale		
	S.S.04.2 Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Target regionale		
S.05 Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	S.D.05.1 DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Target regionale		
	S.D.05.2 PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone			
S.06 Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	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	Target regionale		

A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2025	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027
A.1 Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	A.P.01.1 P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	Soglia Nazionale		
	A.D.01.1 D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)			
	A.O.01.1 H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui			
A.2 Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	A.P.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per ulss Prevenzione	Mantenimento o Soglia Nazionale		
	A.D.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per ulss Distretto			
	A.O.02.1 Indicatore di mantenimento specifico per azienda Ospedale			

ALLEGATO 1: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

INDICATORI DI MANTENIMENTO

PREVENZIONE
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)
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.
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
Indicatore composito sugli stili di vita
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina
Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza
Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella
DISTRETTO
Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA
Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
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
Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)
OSPEDALE
Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni
Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario
% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)
Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti
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
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)
Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)
Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)
Frequenza di infezioni post-chirurgiche

ALLEGATO 1: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

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

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2025	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027
E.01 Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	E.S.01.1 Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	Rispetto del tetto regionale		
	E.S.01.2 Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025			
	E.S.01.3 Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025			
	E.S.01.4 Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025			
E.02 Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	E.S.02.1 Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Target regionale		
E.03 Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	Target regionale	Target regionale
	Indice di distanza dalla best performance	Target regionale		
E.04 Gestione degli investimenti	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)	Target regionale		
	E.S.04.2 Indice di produttività delle apparecchiature	Target regionale		
E.05 Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	E.S.05.1 Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Target regionale		
	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%	Target regionale	Target regionale
	E.S.05.3 Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Target regionale		
	E.S.05.4 % di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	Target regionale	Target regionale
	E.S.05.5 Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Target regionale		
	E.S.05.6 Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Target regionale		

ALLEGATO 1: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

OBIETTIVO	INDICATORE	OBIETTIVO 2025	OBIETTIVO 2026	OBIETTIVO 2027
Q.01 Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	Q.01.P.1 Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Target regionale		
Q.02 Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.P.02.1 Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Target regionale		
Q.03 Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	Q.P.03.1 Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell' ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	Target regionale		
Q.5 Sviluppo assistenza territoriale	Q.5.D.1 Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG	target regionale	target regionale	target regionale
	Q.5.D.2 D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	<= 62,43 o - 20% anno precedente	Target regionale	Target regionale
	Q.5.D.3 Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024	target regionale	Mantenimen to	Mantenimen to
Q.05 Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	target regionale		
	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	Target regionale		
	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	Target regionale		
Q.06 Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	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	Target regionale		
	Q.D.06.2 Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Target regionale		
	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)	Target regionale		
	Q.S.06.4 Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Target regionale		

ALLEGATO 1: PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Q.07 Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	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	Target regionale		
	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	Target regionale		
Q.08 Miglioramento efficienza dei processi di supporto	Q.O.08.1 % di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Target regionale		
	Q.S.08.2 Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma		
	Q.S.08.3 Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Target regionale		
	Q.S.08.4 Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Target regionale		
	Q.S.08.5 % flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	100%	Target regionale	Target regionale
	Q.S.08.6 Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Target regionale		
Q.09 Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	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	Target regionale	Target regionale
Q.10 Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Q.S.10.1 % di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Target regionale		
	Q.S.10.2 Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Target regionale		
Q.11 Promozione dei processi per la ricerca	Q.S.11.1 Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Target regionale		

TABELLA DEGLI OBBLIGHI OGGETTO DI PUBBLICAZIONE*

ANAC, con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato le Istruzioni operative per la corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013. Tali indicazioni devono essere recepite
* sono esclusi i dati non di pertinenza delle Aziende Sanitarie e quelli sospesi da ANAC.

Su sfondo verde gli adempimenti extra richiesti dalla normativa						
ALLEGATO SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile produzione e aggiornamento del dato
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell’art. 1 c. 2-bis della legge n. 190/2012, (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	RPCT
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali

		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	RPCT
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1- bis, del d.lgs. n.33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013, Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Personale	Per ciascun titolare di incarico:					
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1,lett. a) e c.1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1,lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1,lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1,lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 14, c. 1,lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n.33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:		
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1- ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 19, c. 1- bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT

Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n.33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Personale non a tempo indeterminato	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
		Par. 14.2, deliber. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della <u>Performance</u>	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei <u>premi e degli incentivi</u>	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione Risorse Umane

	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE (Legge n. 208/2015)	Art. 1, c. 522, legge n. 208/2015	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE	Sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità - PNE	Annuale (30 giugno)	Direttore UOC Controllo di Gestione
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art.22, c.1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art.22, c.1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio		
			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio		
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio		
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n.124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
				Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			Per ciascuno degli enti:			
	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio	

		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n.39/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Attività e procedimenti				Per ciascuna tipologia di procedimento:		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza

	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio- assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza

		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dirigenti di competenza
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali

Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
Bandi di gara e contratti	Si veda All. 1) Delibera ANAC 264 del 20.6.2023, come modificato con delibera 601 del 19 dicembre 2023					
	<u>ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE</u>					
	Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività.			Una tantum con agg. tempestivo in caso di modifiche	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Avviso emanato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT			Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 <i>Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo</i> (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.			Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale			Annuale	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I				
Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'Allegato II.7)	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

	Affidamento	Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente e alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
		Art. 10, co. 5; art. 14, co. 3; art. 17, co. 2; art. 24; art. 30, co. 2; art. 31, co. 1 e 2; D.lgs. 201/2022 Riordino della disciplina dei servizi pubblici locali di rilevanza economica	Procedure di affidamento dei servizi pubblici locali: 1) deliberazione di istituzione del servizio pubblico locale (art. 10, co. 5); 2) relazione contenente la valutazione finalizzata alla scelta della modalità di gestione (art. 14, co. 3); 3) Deliberazione di affidamento del servizio a società in house (art. 17, co. 2) per affidamenti sopra soglia del servizio pubblico locale, compresi quelli nei settori del trasporto pubblico locale e dei servizi di distribuzione di energia elettrica e gas naturale; 4) contratto di servizio sottoscritto dalle parti che definisce gli obblighi di servizio pubblico e le condizioni economiche del rapporto (artt. 24 e 31 co. 2); 5) relazione periodica contenente le verifiche periodiche sulla situazione gestionale (art. 30, co. 2)	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

Esecutiva	Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023)	<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati:</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro 6 mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a 15 dipendenti)	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica

	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali Direttore UOC Provveditorato, economato e logistica
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari

Atti di concessione		informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico- sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)		33/2013)	Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale

		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC DAT/Direttore UOC Affari Generali/ Direttore UOC Sociale/Direttore UOC Farmaceutica Territoriale
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 Art. 18-bis del d.lgs. n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Controllo di Gestione
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari Generali
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali

Servizi erogati		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore UOC Affari Generali
	Costi contabilizzati	Art.32, c.2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art.10, c.5, d.lgs. n.33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Controllo di Gestione
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs.82/2005 modificato dall'art. 8 c.1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Indicatore di tempestività dei	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio

Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013, Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016, Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC SISP
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n.33/2013)	Direttore UOC DAT
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica/ Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica/Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Contabilità e Bilancio/Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica
	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	RPCT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	RPCT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	RPCT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	RPCT
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	RPCT

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9- bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	RPCT
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	RPCT
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo-gestiti-da-AGID	Tempestivo	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali

	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
Risarcimento del danno per RCT (Legge n. 24/2017)	Art. 4, c.3, L. 24/2017, Art. 2, c. 5, L. 24/2017 Art. 10, c. 4, L. 24/2017	Adempimenti <i>ex lege</i> 24/2017	Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio; relazione annuale consuntiva; denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa	Annuale	Direttore UOC Affari Generali
Autovetture in dotazione	art. 4 del D.P.C.M. 25/09/2014	Autovetture in dotazione		Annuale	Direttore UOC Provveditorato, Economato e Logistica
Dati su scioperi (Legge n. 146/1990)	art. 5 della legge 146/1990	Dati su scioperi	Numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente	Tempestivo	Direttore UOC Gestione Risorse Umane
Specialisti ambulatoriali interni (SAI) - ACN 2015	art. 9, A.C.N. SAI 17/12/2015	Specialisti ambulatoriali interni (SAI) - ACN 2015	Numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta		Direttore UOC DAT
Sperimentazioni	Art. 11, comma 4-bis, d.lgs 211/2003 Art. 2 d.lgs 52/2019	Sperimentazioni	Nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nella conduzione di una sperimentazione oltre che tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e i programmi di spesa con i relativi contratti		Comitato etico per la Sperimentazione Clinica

	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		RPCT
--	-----------------------	--	--	--	------	------

ELENCO DEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE

UOC Contabilità e Bilancio - Direttore: Dott.ssa Roberta Furlanetto							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
1	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Pagamenti	Anticipare pagamento per specifici fornitori	Medio-basso	Pubblicazione periodica elenco pagamenti e loro tempestività (L. 89 del 2014) e D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti disciplinari - Responsabile: Dott.ssa Cristina Fort							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
2	Gestione contenzioso e cura dei rapporti con studi legali per tutela azienda	Fasi processo di liquidazione	Mancato rispetto di quanto previsto dal Decreto del Ministero della Giustizia 10 marzo 2014, n. 55, (come modificato dal Decreto del Ministero della Giustizia 8 marzo 2018, n. 37), dalle disposizioni previste dall'avviso aziendale.	Medio-basso	Adozione di procedure per lo svolgimento dell'attività di verifica della congruità della parcella sia al momento dell'arrivo del preventivo (che non può prevedere importi superiori a quelli minimi previsti dal DM 2014/n. 55) sia nella fase di liquidazione della parcella sulla base di quanto previsto dall'Avviso aziendale e in relazione all'attività effettivamente svolta.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
3	Gestione assicurazioni	Pagamento del premio	Inosservanza di regole previste dal capitolato e mancata verifica degli importi dovuti.	Medio-basso	Adozione di procedure di controllo degli importi dovuti, con particolare riferimento alla fase di regolazione del premio, anche attraverso raccolta dei dati necessari presso le strutture interessate, nel rispetto delle scadenze previste.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
4		Gestione sinistri RCT/O e relativo contenzioso	Inosservanza delle disposizioni previste dalla polizza assicurativa e/o dalla Regolamentazione dell'attività di gestione in autoassicurazione parziale (franchigia per sinistro) e in autoassicurazione totale dal 1 gennaio 2025.	Medio-basso	Codificazione (e aggiornamento costante) delle procedure, con previsione dell'intervento nelle stesse di soggetti diversi afferenti alle aree medica e giuridico amministrativa. Principalmente: -Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Ufficio Sinistri Centrale (del. 1359/2017) e successive modifiche nel 2025; -Regolamento di funzionamento CVS Aziendale (del. 938/2017) e successive modifiche nel 2025.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
5	Procedimenti disciplinari	Provvedimento finale di disposizione della sanzione disciplinare	Inosservanza di regole, anche di natura procedurali, a garanzia dell'imparzialità.	Rilevante	Previsione di procedure di gestione dei procedimenti: Adozione del Regolamento di disciplina con del. 28/2017 (e aggiornamento costante) in conformità alle disposizioni normative e contrattuali vigenti.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Direzione Amministrativa dell'Ospedale - Direttore: Dott. Luca Del Ninno							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
6	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Espletamento procedure di gara per acquisizione di attrezzature in caso di urgenza fino a 40.000 euro, ai sensi dell'Atto Aziendale dell'ULSS 3	Avvantaggiare un fornitore nell'aggiudicazione dell'appalto rispetto all'eventuale concorrenza	Rilevante	1. Raccolta delle motivazioni degli affidamenti in urgenza, nel rispetto di quanto disposto da: - Regolamento aziendale per l'acquisizione di forniture di importo inferiore alla soglia comunitaria; - Procedura operativa aziendale per la richiesta di attrezzature sanitarie; - Art. 50 c. 1 lett. b) del D.Lgs 36/2023(Codice Contratti Pubblici); 2. Utilizzo del Catalogo e delle procedure ME.P.A. all'interno della piattaforma "acquistinterapia.it"	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

7	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Gestione fatture assistenza sanitaria a cittadini comunitari ed extracomunitari	Induzione ad alterare atti per favorire singoli soggetti	Rilevante	Azioni implementate in fase di monitoraggio: 1. Verifiche a campione casuale sulla corrispondenza tra i dati riportati in fattura, nel nomenclatore tariffario e nella SDO. 2. Per gli Ospedali di Mestre e Venezia, attraverso l'utilizzo di uno specifico modulo, la fatturazione avviene utilizzando direttamente l'applicativo per la gestione clinica dei pazienti. Il modulo riporta automaticamente l'anagrafica del paziente, i valori del DRG e del correlato importo. 3. Astensione dall'operare sull'anagrafe regionale in merito a iscrizioni/variazioni del diritto all'assistenza	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
8	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Libera professione in regime ambulatoriale	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	Critico	Acquistato specifico pacchetto di controllo dati HR SIGMA LIBERA PROFESSIONE con i dati dai tre sistemi cassa (controllo presenze medico e fatture / prenotazione casse LP). La procedura permette la verifica della compatibilità dei dati delle rilevazioni presenze, dell'attività istituzionale con gli orari di svolgimento dell'attività LP, incrociando i dati con le agende di LP a CUP al fine di pervenire ad un'analisi puntuale ed esaustiva di tutte le prestazioni erogate in LP. L'obiettivo raggiunto è stato quello di trasformare i precedenti controlli manuali a campione in sistematici, informatici e complessivi. In particolare vengono ora incrociate le prestazioni rilevate a CUP con le timbrature causalizzate in libera professione focalizzando il controllo: - Sulla mancata timbratura causalizzata in presenza di prenotazioni in LP; - Sulla rilevazione di timbrature causalizzate in LP in assenza di prenotazioni; - Sulla eventuale sovrapposizione fra orario istituzionale e orario in LP; - Su eventuali mancate o parziali timbrature. Da tale rilevazione ne consegue una puntuale richiesta a ciascun dirigente di giustificazione delle incongruenze rilevate, eventuali segnalazioni all'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica e, nei casi più gravi, eventuale avvio di procedimento disciplinare.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
9			Induzione a favorire prenotazioni per un particolare specialista	Rilevante	1. Rotazione periodica del personale e formazione 2. Monitoraggio del flusso per individuare eventuali anomalie 3. Informatizzazione per tracciatura del singolo episodio di prenotazione	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Direzione Amministrativa del Territorio - Direttore: Dott.ssa Giovanna Busso							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
10	Gestione Medici Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI)	Instaurazione incarico	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione per favorire una specifica persona	Medio-basso	Standardizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
11		Controllo e liquidazione attività svolte (timbratura presenze)	Inosservanza di leggi e regolamenti per favorire determinati soggetti	Medio-basso	Informatizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
12		Pagamento prestazioni erogate	Utilizzo procedura prevista dal contratto nazionale di categoria, dagli AA.I.R. e disposizioni regionali in materia economica; Controllo interno	Medio-basso	Informatizzazione dei processi utilizzati	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
13	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Rimborsi (per spese di medicina turistica, cure termali, trapiantati, cure all'estero, spese di trasporto pazienti dializzati)	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Medio-basso	distinzione tra soggetto deputato all'istruttoria (Distretto) e soggetto liquidatore (DAT)	30/06 31/12	Verifica da software applicativo (NFS)
14		Verifica delle dichiarazioni mendaci e recupero ticket non pagati con irrogazione della sanzione	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Medio-basso	Evidenza della proceduralizzazione	30/06 31/12	Reportistica da software applicativo

UOS Rapporti con strutture accreditate - Direttore: Dott.ssa Bianca Colucci							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
15	Gestione contabile ed amministrativa, in attuazione della programmazione regionale ed aziendale, dell'attività degli erogatori privati accreditati per l'erogazione – per nome e per conto del SSN – di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera presso il territorio dell'Ulss	Esecuzione della programmazione regionale ed aziendale per la determinazione del finanziamento da attribuire a ciascun erogatore	Indicazione di quote di budget diverse rispetto alla programmazione regionale.	Basso	1. Rigida applicazione della normativa nazionale e regionale in materia; 2. Rispetto delle tempistiche; 3. Separazione funzioni (caricamento budget e liquidazione)	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
16		Formalizzazione dell'esito della Contrattazione delle prestazioni da eseguire in corrispondenza del finanziamento attribuito (cfr. processo precedente)	Indicazione di prestazioni non presenti nel fabbisogno aziendale valutato dalla UOS Attività Specialistica.	Medio-basso	Pubblicazione delle prestazioni contrattate	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
17		Convenzioni/contratti per acquisto di attività o servizi sanitari	Mancata verifica dei requisiti.	Basso	Verifica documentazione antimafia con protocollazione e fascicolazione dell'istruttoria. Ottenimento autodichiarazioni circa il possesso dei requisiti.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOSD Formazione - Dott.ssa Elisabetta Spigolon							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
18	SCelta dei formatori	scelta dei docenti interni, esterni e fornitori per i corsi di formazione	Insufficiente giustificazione rispetto alla scelta dei formatori, scelta continuativa di un docente, senza rotazione, inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	Rilevante	Avvio AVVISI INTERNI per reclutamento docenti interni e implementazione dell'ALBO FORMATORI	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
19	Verifiche contabili e liquidazione fornitori	Verifica contabile amm.va, liquidazione docenti interni, esterni e fornitori servizi e materiali, pubblicaz. affidamenti e inserimento dati in PerlaPA	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi - mancato rispetto delle procedure di liquidazione, mancato inserimento in perlaPA	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura - NFS, CIG, PERLAPA	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
20	Offerta formativa "A Mercato"	Eventuale progettazione eventi formativi destinati a soggetti esterni previa quota d'iscrizione	insufficiente imparzialità nell'attribuzione di priorità di accesso ai corsi; mancata trasparenza lista d'attesa	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura implementazione lista di attesa, trasparenza in base a date e requisiti candidatura	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
21	Autorizzazioni a formazione obbligatoria o facoltativa	autorizzazione allo svolgimento di iniziative di formazione aziendali, dipartimentali o distrettuali	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	medio	Rispetto Regolamento e procedura - TOM	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
22		autorizzazione alla partecipazione ad iniziative di formazione extra- aziendali	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi	medio	Rispetto Regolamento e procedura - TOM	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
23	Formazione con sponsor	avvio di eventi formativi con contributo di sponsor o partecipazione di sponsor a eventi extrasede	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi , mancata indicazione ditta sponsor in GRANT esterni	Rilevante	Rispetto Regolamento e procedura - elenco ditte sponsorizzatrici per eventi extrasede	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

24	GESTIONE DEI PROGETTI DI RICERCA SANITARIA FINALIZZATA E DEI PROGETTI EUROPEI	comunicazione opportunità di finanziamenti, presentazione, valutazione e approvazione del progetto, monitoraggio, conclusione del progetto con relazione finale, rendicontazione economica e diffusione dei risultati	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità al fine di evitare il conflitto d'interessi , comunicazione non efficace, disparità nelle opportunità di accesso ai finanziamenti anche con riguardo alle competenze a al gender balance	medio-basso	Rispetto Regolamento e procedura - miglioramento delle azioni comunicative	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
----	---	---	--	-------------	--	----------------	--

UOC Affari generali - Dott.ssa Laura Esposito							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
25	DONAZIONI	Accettazione di lasciti, donazioni e conferimenti	Conflitto di interessi del donatore e del destinatario della donazione	medio	Applicazione della Procedura aziendale e raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interessi	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Gestione Risorse Umane - Direttore: Dott.ssa Laura Esposito							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
26	Acquisizione e progressione del personale	Reclutamento Procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo indeterminato e a tempo determinato non ricomprese nelle competenze e funzioni di Azienda Zero	Irregolare composizione delle commissioni di concorso/avviso	Rilevante	Per gli avvisi di incarico di Direttore di UOC e nei concorsi rivolti alla Dirigenza Sanitaria si applica la normativa vigente in materia di trasparenza e pubblicità delle operazioni di sorteggio per la composizione delle commissioni concorsuali, con la pubblicità di data, luogo e ora del sorteggio per la nomina della commissione sul sito web aziendale	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
27			Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità	Rilevante	1. Rotazione dei funzionari addetti alle segreterie di concorso 2. Formazione dei segretari	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
28		Gestione mensile delle presenze e assenze	Mancata o non corretta timbratura presenza in servizio	Rilevante	Controllo periodico delle timbrature da parte degli uffici competenti con comunicazione ai coordinatori e ai responsabili delle irregolarità rilevate	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
29		Gestione missioni	Pagamento di rimborsi spese per missioni non spettanti o superiori al dovuto	Rilevante	Verifiche a campione da parte del dirigente responsabile della correttezza dell'iter seguito per la liquidazione/pagamento delle missioni	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
30		Gestione relazioni sindacali	Attribuzione di permessi sindacali in misura superiore a quanto contrattualmente previsto	Rilevante	Verifica del monte ore usufruito dai dipendenti per permessi sindacali da parte del dirigente responsabile del servizio	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
31	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Autorizzazioni per attività occasionale (prestazioni occasionali ex art. 53)	Autorizzazione rilasciata non in conformità della norma in ordine alla non occasionalità	Rilevante	Verifica annuale da parte dell'UO Gestione Risorse Umane del numero di autorizzazioni rilasciate a ciascun dipendente dell'Azienda	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

C. Selezione del contraente

36	Affidamento servizi e forniture	Nomina commissione di gara	Inadeguata gestione del conflitto di interessi nelle procedure di affidamento.	Critico	Rilascio di dichiarazione da parte dei commissari di gara.	Tempi monitoraggio UOC: 1. Al momento dell'attribuzione dell'incarico e al verificarsi di una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alle circostanze conosciute dal dichiarante. 2. A campione. Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	1. Rilascio dichiarazione, munita di protocollazione. 2. Verifica e valutazione da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit delle dichiarazioni rese.
37	Affidamento servizi e forniture	Valutazione dell'offerta	Valutazione errata della congruità dell'offerta (es: utilizzo di metodi impropri per l'attribuzione dei punteggi; applicazione distorta dei criteri).	Rilevante	Tracciabilità della motivazione nei verbali della commissione o dell'organo incaricato della valutazione dell'offerta.	Tempi monitoraggio UOC: In occasione di ogni procedura. – Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	Verbali corredati di motivazione.
38	Affidamento servizi e forniture	Gestione offerte anormalmente basse	Erronea gestione delle offerte anormalmente basse nelle ipotesi di cui all'art. 110 del Codice.	Rilevante	Tracciabilità della valutazione delle giustificazioni (nei casi previsti) dell'offerta anomala con riferimento agli elementi specifici indicati nei documenti di gara.	Tempi monitoraggio UOC: In occasione di ogni procedura. – Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	Presenza di motivazione.
D. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto							
39	Affidamento servizi e forniture	Verifica dei requisiti ai fini dell'aggiudicazione e dei presupposti previsti dalla <i>lex specialis di gara</i> ai fini della stipula del contratto	Alterazione/omissione delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario o pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	Rilevante	Predisposizione di una check list di controllo.	Tempi monitoraggio UOC: Annualità 2025. Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	Predisposizione check list.
E. Esecuzione del contratto							
40	Affidamento servizi e forniture	Nomina Direttore Esecuzione del Contratto, responsabili di fase e componenti Collegio Consultivo Tecnico	Inadeguata gestione del conflitto di interessi nella fase di esecuzione dell'affidamento.	Critico	Rilascio di dichiarazione da parte del DEC, dei responsabili di fase e dei componenti CCT.	Tempi monitoraggio UOC: 1. Al momento dell'attribuzione dell'incarico e al verificarsi di una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, rispetto alle circostanze conosciute dal dichiarante. 2. A campione. – Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	1. Rilascio dichiarazione, munita di protocollazione. 2. Verifica e valutazione da parte del RPCT e/o Servizio Internal Audit delle dichiarazioni rese.

41	Affidamento servizi e forniture	Controllo tecnico-contabile esecuzione del contratto	Esecuzione dell'appalto in difformità rispetto a quanto proposto in sede di gare e/o comunque “non a regola d’arte” a causa dell’assenza di adeguati controlli sulla corretta esecuzione delle prestazioni contrattuali in violazione dei principi di economicità, efficacia, qualità della prestazione e correttezza nell’esecuzione dell’appalto, ciò al fine di favorire l’appaltatore.	Rilevante	Relazione periodica del DEC in ordine alla esecuzione di contratti giudicati dal RUP rilevanti/complessi.	Tempi monitoraggio UOC: Almeno annuale. Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	Acquisizione relazione formale.
42	Affidamento servizi e forniture	Pagamento corrispettivi	Pagamento con prezzi difforni dal contratto.	Critico	Verifica identità tra quotazioni da contratto e quotazioni da ordine di acquisto.	Tempi monitoraggio UOC: A campione. Tempi monitoraggio RPCT: 30/06 -31/12	Verifica da parte del Servizio Internal Audit.

UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali - Direttore: Ing. Peter Francis Casagrande							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
A. Affidamento lavori servizi e forniture							
43	Affidamento diretto lavori entro 150.000 euro	Art. 50, comma 1, lett. a), D. Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Critico	Rotazione professionisti e verifica competenze professionali	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
44	Affidamento diretto servizi e forniture, inclusi servizi ingegneria e architettura entro 140.000 euro	Art. 50, comma 1, lett. b), D. Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Critico	Rotazione professionisti e verifica competenze professionali	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
45	Procedura negoziata senza bando per lavori superiore 150.000 euro e fino a 1 mln euro	Art. 50, comma 1, lett. c), D. Lgs n° 36/2023. Consultazione con almeno cinque opraeatori economici	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
46	Procedura negoziata senza bando per lavori compresi tra 1 mln di euro e la soglia europea	Art. 50, comma 1, lett. d) D. Lgs. n° 36/2023. Consultazione con almeno dieci operatori economici	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
47	Procedura negoziata per servizi e fornitura, compresi servizi ingegneria e architettura tra i 140.000 euro e la soglia europea	Art. 50, comma 1, lett. e), del D.Lgs n° 36/2023	Principio di rotazione ai sensi art. 49 del D.Lgs. n° 36/2023. Gestione gara su piattaforma digitale	Rilevante	Applicazione esclusione automatica prevista dall'art. 54 del D. Lgs. n° 36/023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
48	Procedura aperta ad evidenza europea per affidamento lavori sopra soglia europea	Artt. 14, 70, 71, 83, 84 e 85 del D.Lgs. n° 36/2023	Gestione appalto su piattaforma digitale	Basso	Aggiudicazione OEV (offerta economicamente più vantaggiosa) ai sensi art. 108, comma 1, e 110 del D.lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
49	Procedura aperta ad evidenza europea per affidamento servizi e forniture sopra soglia europea, compresi servizi ingegnaria ed architettura	Artt. 14, 70, 71, 83, 84 e 85 del D.Lgs. n° 36/2023	Gestione appalto su piattaforma digitale	Basso	Aggiudicazione OEV (offerta economicamente più vantaggiosa) ai sensi art. 108, comma 1, e 110 del D.lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

50	Procedura negoziata senza pubblicazione di un bando	Art. 76 del D.Lgs. n° 36/2023	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi agli stessi operatori economici	Critico	Verifica dei presupposti elencati nell'art 76 del D.Lgs. n° 36/2023	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
51	PIANO DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR MISSIONE 6 SALUTE	Attualmente questa Aulss ha attivato procedure propedeutiche alla progettazione delle opere. Tutti gli atti vengono inseriti in una cartella condivisa predisposta dalla Regione che supervisiona	Le procedure di affidamento verranno gestite dall'Azienda Zero . Dal Ministero della salute Unità di Missione per l'attuazione degli interventi del PNRR vedasi direttiva operativa MDS UMPMNRR 8// Politica antifrode, conflitto di inteeressi e doppio finanziamento - indicazione per i soggetti attuatori	Medio-basso	Eventuali affidamenti delle procedure propedeutiche attraverso la piattaforma Sintel	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

B. Selezione del contraente

52	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo	Medio-basso	Porre in gara l'elenco approvato degli atti e degli elaborati di gara	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
----	--	---	--	-------------	---	----------------	--

C. Esecuzione del contratto

53	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Approvazione delle modifiche del contratto originario	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (varianti ai sensi di legge)	Medio-basso	Pubblicazione determina riportante le motivazioni delle modifiche	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
54	Affidamento di lavori, servizi e forniture	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma per evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o nell'abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	Rilevante	Verifica puntuale dell'attività della Direzione Lavori sul rispetto dei tempi contrattuali	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

Servizio NAC - Resp. Dott.ssa Silvia Gallo							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
55	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Controlli e vigilanza su appropriatezza, congruità e corretto setting assistenziale. Controlli interni	Alterarazioni dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale di ricovero e di specialistica	Rilevante	1) Applicazione del piano di controllo previsto dalle indicazioni regionali 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controlli a campione effettuati e verbali redatti
56		Controlli e vigilanza su appropriatezza, congruità e corretto setting assistenziale. Controlli esterni	Alterarazioni dei criteri di appropriatezza del setting assistenziale di ricovero e di specialistica	Rilevante	1) Applicazione del piano di controllo previsto dalle indicazioni regionali 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controlli a campione effettuati e verbali redatti

Direzione della Funzione Ospedaliera - Direttore: dott.ssa Chiara Berti							
PP.OO. Mestre, Dolo Mirano, Venezia, Chioggia							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
57	Servizio necroscopico	Servizio necroscopico	Segnalazione da parte di operatori sanitari a imprese di onoranze funebri	Rilevante	Mantenimento dell'attività di monitoraggio in essere (anche tramite verifica di eventuali segnalazioni URP) ed eventuale aggiornamento delle procedure operative in occasione di variazioni normative o riorganizzazione dei servizi. Rispetto di quanto previsto dall'IO Regolamento per le Imprese di Onoranze Funebri	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06/2024 - Relazione al RPCT al 31/12/2024

UOC Farmacia Ospedaliera Venezia-Mestre - Direttore: Dott. Alessandro Chinellato							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
58	Gestione attività farmaceutica	Gestione magazzino	Sottrazione di farmaci costosi	Trascurabile	Controllo a campione delle giacenze per i prodotti ad alto costo, inventari di fine anno, presenza di allarme, accesso controllato ai soli dipendenti autorizzati.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
59	Ricerca e sperimentazione	Gestione ricerca clinica	Gestione ricerca clinica non etica, non conforme allla convenzione di Helsinki e nell'interesse dei soli sperimentatori	Rilevante	Presenza dell'Unità di Ricerca clinica (URC) Aziendale e del Comitato Etico Territoriale Area Centro Est Veneto	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Farmacia Ospedaliera Mirano -Dolo - Direttore: Dott.ssa Daniela Barzan							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
60	Gestione attività farmaceutica	Gestione magazzino	Sottrazione di farmaci costosi	Trascurabile	Controllo, durante l'anno a cadenza mensile, a campione delle giacenze per i prodotti ad alto costo, inventari di fine anno, presenza di allarme, accesso controllato ai soli dipendenti autorizzati.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Farmaceutica territoriale - Direttore: Dott.ssa Daniela Barzan							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
61	Gestione attività farmaceutica	Vigilanza farmacie, parafarmacie e distribuzione intermedia	Induzione a favorire la singola azienda	Medio-basso	1. Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 2. Parziale rotazione dei componenti della commissione di vigilanza	30/06 31/12	Controllo a campione dei verbali di ispezione

UOS Specialistica - Dott.ssa Marta Soave							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
62	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Prenotazione prestazioni presso privati accreditati	Induzione a favorire prenotazioni per un particolare specialista/centro accreditato	Rilevante	Informatizzazione per tracciatura del singolo episodio di prenotazione	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
63	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Liste d'attesa	Induzione a favorire persona priva di diritto	Medio-basso	Informatizzazione delle procedure	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC SOCIALE - Direttore: Dott. Vanni Stangherlin							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
64	Prestazioni di residenzialità e semi residenzialità socio-sanitaria	Acquisto prestazioni di residenzialità e semi residenzialità per Anziani: Rimborsi a MMG assunti direttamente dai Centri Servizi per Anziani in applicazione art.5 Elenco E - DGR 1231/2018	Possibile alterazione di atti e valutazioni per favorire singoli soggetti	Basso	Standardizzazione dei processi utilizzati attraverso l'uniformità di utilizzo della Scheda di rilevazione presenze del Medico per tutti I Centri Servizi interessati	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

65	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Verifiche accreditamento strutture socio-sanitarie private (LR 22/2002)	Redazione rapporto di visita alla Regione Veneto da parte del Team di verifica come da normativa vigente	Basso	1) Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica; 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controllo a campione del rispetto del protocollo e dei Verbali redatti
66		Verifiche accreditamento strutture sociali pubbliche - private (DGR84/2007)	Redazione rapporto di visita al Comune di competenza da parte del Team di verifica come da normativa vigente	Basso	1) Dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse del personale incaricato alla verifica; 2) Stesura del verbale secondo modelli Regionali	30/06 31/12	Controllo a campione del rispetto del protocollo e dei Verbali redatti

UOC Medicina Legale - Direttore: Dott. Silvano Zancaner							
ID_Ri schio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
67	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Valutazione medico-legale monocratica o collegiale per Idoneità a godimento di beneficio (pass per disabili, cessione del 5° dello stipendio, idoneità alla mansione, idoneità per porto d’armi)	Certificare l’idoneità-capacità alla attività de quo in assenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Rilevante	1. Valutazione a campione di congruità tra giudizio espresso e documentazione agli atti utilizzata per esprimere il giudizio 2. Standardizzazione delle valutazioni	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
68		Valutazione medico-legale monocratica o collegiale per rilascio-rinnovo patente di guida, medico monocratico e Commissione Medico Locale Patenti di Guida	Certificare l’idoneità-capacità alla attività de quo in assenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Rilevante	1. Valutazione a campione di congruità tra giudizio espresso e documentazione agli atti utilizzata per esprimere il giudizio 2. Standardizzazione delle valutazioni	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
69	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati privi effetto economico	Riconoscimento invalidità civile l. 68/99, l. 104/92	Attestare la sussistenza delle condizioni di salute che comportano benefici economici o sociali in assenza delle stesse.	Trascurabile	La commissione è costituita da più membri, soggetti a rotazione, e il giudizio definitivo è dato da ente terzo (INPS). Verifica a campione su percentuale di concordanza di giudizio tra Azienda Ulss 3 e INPS	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOC Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - dott.ssa Annamaria del Sole							
ID_Ri schio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
70	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Ispezioni, controlli e sanzioni	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti/aziende	Rilevante	1. Programmazione settimanale (pubblicata il lunedì) delle ispezioni/controlli 2. Controllo di II livello dell'intervento svolto 3. Rotazione personale ispettivo	30/06 31/12	Verifica a campione sulla programmazione delle ispezioni e sull'avvenuta rotazione con relazione RPTC
71		Rilascio autorizzazione, certificazione e pareri vincolanti	Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti/aziende	Rilevante	1. Rotazione personale ispettivo 2. In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza/certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC cosi come indicato dal Codice aziendale di comportamento	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti

UOC Servizio Igiene e Sanità Pubblica - Direttore: Dott. Vittorio Selle							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
72	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Pareri per autorizzazione strutture sanitarie, sociali, socio-sanitarie (L.R.22/2002 e Medicina di base)	Rilascio certificazioni/pareri senza requisiti	Rilevante	1) Il Medico Incaricato verifica la documentazione dei TDP che effettuano l'istruttoria; 2) In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza / certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC così come indicato dal Codice aziendale di comportamento; 3) I singoli Responsabili Dirigenti Medici garantiscono la verifica degli atti mediante partecipazione diretta ai sopralluoghi o la verifica/supervisione in fase istruttoria di tutte le pratiche.	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti
73		Pareri per autorizzazione attività artigianali - Pareri per uso residenziale, commerciale, IOF, impianti sportivi, attività scolastiche, Certificazione igienico sanitarie, usi consentiti, concorso alloggi, rilascio certificazioni di sanità pubblica.	Rilascio certificazioni/pareri senza requisiti	Rilevante	1) Il Medico Incaricato verifica la documentazione dei TDP che effettuano l'istruttoria; 2) In caso di potenziali situazioni di conflitto d'interesse è in carico al personale di vigilanza/certificatore (Medico o TDP) l'onere di dichiararlo al Direttore UOC così come indicato dal codice aziendale di comportamento; 3) I singoli Responsabili Dirigenti Medici garantiscono la verifica degli atti mediante partecipazione diretta ai sopralluoghi o la verifica/supervisione in fase istruttoria di tutte le pratiche.	30/06 31/12	Relazione al RPCT o evidenze agli atti

UOC Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - Direttore Dott.ssa Maria Nicoletta Ballarin							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
74	Vigilanza negli Ambienti di Lavoro (con sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Atti finalizzati ad agevolare/penalizzare soggetti o aziende	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	1. Rotazione del personale di vigilanza; 2. Audit nei casi più complessi	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
75	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Sanzioni penali/amministrative	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	Supervisione di II livello	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
76	Vigilanza - Inchieste Infortuni (con sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Indagini orientate ad attribuire responsabilità/ esonerare da responsabilità	Omissione di rilievi e prescrizioni al fine di favorire determinati soggetti	Rilevante	Supervisione di II livello	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
77	Inchieste malattie professionali (con possibili sopralluoghi in cantieri, aziende, altri ambienti)	Indagini orientate ad attribuire responsabilità/ esonerare da responsabilità	Induzione ad alterare l'esito di indagini	Rilevante	Controllo di II livello da parte del Direttore della struttura	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate
78	Ricorso avverso il parere del medico competente	Pareri orientati ad avvantaggiare /penalizzare i richiedenti	Induzione ad alterare l'esito di indagini	Medio-basso	Controllo di II livello	30/06 31/12	Atti che danno evidenza alle misure applicate

UOC Veterinaria Area A (Sanità animale) - Direttore: Dott. Stefano Zelco							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
79	Esecuzione di operazioni a valenza sanitaria finalizzate al controllo di malattie infettive e infestive	Attività correlate al controllo ufficiale su base programmata a seconda della malattia; Attività effettuate su richiesta dell’operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
80	Gestione archivio documentale ed informatico	Acquisizione, elaborazione ed archiviazione della documentazione ricevuta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	Utilizzo del protocollo informatizzato	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
81	Attività di certificazione relativa allo stato sanitario di beni mobili ed immobili	Attività effettuate su richiesta dell’operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
82	Controllo della riproduzione animale e gestione anagrafe degli operatori della riproduzione animale.	Sopralluoghi ed ispezioni c/o centri di monta e fecondazione artificiale, rilascio pareri e autorizzazioni ai centri ed agli operatori, verifica del rispetto delle norme vigenti in materia, registrazione informatica e documentazione agli atti dell’attività svolta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore.	Trascurabile	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

UOC Veterinaria Area B (Alimenti Origine Animale e Derivati)- Direttore: Dott. Dario Pandolfo							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
83	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Attività correlate al controllo ufficiale su base programmate o su segnalazione, in stabilimenti all'ingrosso e al dettaglio di produzione, trasformazione e deposito di alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico fornitore	Medio-basso	1. Elaborazione di reports di attività; 2. Confronto tra dati di programmazione e dati di attività	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
84	Gestione delle emergenze e degli stati di allerta in campo alimentare (RASFF)	Riscontro c/o Operatori del Settore Alimentare di eventuali giacenze, verifica documentazione (Liste di distribuzione, etc.)	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Assegnazione casuale, compatibilmente con il personale presente, con le altre attività UOC e con la distribuzione delle strutture sul territorio e le competenze acquisite; 2. Visibilità complessiva di sistema.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

85	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Controllo e verifica della merce e della relativa documentazione c/o Operatori del Settore Alimentare ai fini dell'esportazione verso Paesi Terzi di alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Archiviazione copia certificazioni.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
86	Provvedimenti ampliativi sfera giuridica interessati con effetto economico	Attività correlate al controllo ufficiale su richiesta degli Operatori del Settore Alimentare, anche con consulenza preventiva, ai fini dell'attribuzione del riconoscimento comunitario degli stabilimenti di produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Assegnazione casuale istruttoria; 2. Inserimento dati in SIVE-GESVET (banca dati regionale) da parte di tutto il personale della UOC	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12
87	Rilascio di consulenze riguardanti insediamenti produttivi e commerciali in campo alimentare	Attività correlate al controllo ufficiale anche con consulenza preventiva	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Trascurabile	Sorteggio attribuzione istruttoria.	30/06 31/12	-Evidenza del monitoraggio al 30/06 -Relazione al RPCT al 31/12

UOC Veterinaria Area C (Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche) - Direttore: Dott. Carmine Guadagno							
ID_ Ri schio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
88	Controlli sull’uso del farmaco veterinario e prevenzione della farmaco resistenza negli allevamenti, strutture veterinarie e farmacie.	Redazione Verbal di Ispezioni sulle aziende zootecniche autorizzate e sul canale di distribuzione del farmaco Vigilanza effettuata negli allevamenti autorizzati alla detenzione di scorte e strutture veterinarie. Esecuzione Piani programmati di controllo PNR.	Inosservanza di regole procedurali a garanzia della dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico fornitore	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
89	Controllisull'alimentazion e animale e sulla produzione e distribuzione degli alimenti destinati agli animali	Audit, ispezioni ed attività di campionamento presso i gli OSM. Registrazione e riconoscimenti OSM. Esecuzione Piani programmati PNAA	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
90	Controlli del benessere in allevameno e del trasporto degli animali da reddito.	Controlli ufficiali con sopralluoghi e Redazione Verbal di Ispezioni, attività di supporto alle FFOO	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell'imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

91	Controlli sulla raccolta, trasporto e trasformazione dei sottoprodotti animali (carcasce, residui di macellazione)	Controlli ufficiali, vigilanza e sopralluoghi ispettivi per autorizzazione certificazioni e prelevamento campioni	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
92	Controlli sui flussi di sottoprodotti animali e alimenti per animali da Paesi Comunitari e terzi	Controlli ufficiali, vigilanza e sopralluoghi ispettivi per autorizzazioni, rilascio certificazioni e prelevamento campioni presso gli OSM	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Rilevante	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
93	Controllo sul deposito, trasporto e trasformazione dei sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati	Attività di controllo ufficiale	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Rilevante	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
94	Certificazioni per gli scambi intracomunitari e le esportazioni verso Paesi terzi di sottoprodotti animali e alimenti per animali	Controlli ufficiali, vigilanza e sopralluoghi ispettivi per autorizzazioni, rilascio certificazioni e prelevamento campioni presso gli OSM	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Rilevante	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
95	Gestione delle emergenze e degli stati di allerta in campo mangimistico	Sopralluogo ispettivo ed acquisizione documentazione procedimento di vincolo della merce presso gli OSM e procedimento di svincolo della merce.	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
96	Esecuzione consulenze per pareri di conformità su progetti edilizi di impianti zootecnici e strutture veterinarie.	Verifica congruità istanza e relativa documentazione sopralluogo e verbali di accertamento	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico soggetto	Rilevante	Verifica periodica attività svolta con evidenze documentali agli atti della realizzazione delle attività richieste/previste/programmate.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

UOSD Molluschicoltura e Punti di sbarco- Direttore: Dott. Dario Pandolfo							
ID_Rischio	Macroprocesso	Processo	Rischio	Valutazione complessiva del rischio	Misura/e	Monitoraggio	
						Tempi	Metodi
97	Gestione archivio documentale ed informatico	Acquisizione, elaborazione ed archiviazione della documentazione ricevuta	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	Utilizzo del protocollo informatizzato	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
98	Attività di certificazione relativa allo stato sanitario di beni mobili ed immobili	Attività effettuate su richiesta dell’operatore del settore primario	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità per favorire uno specifico soggetto	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. Redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto; 3. Rintracciabilità documentale tramite protocollo informatizzato.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12
99	Monitoraggio ambiti marini e lagunari per molluschicoltura	Prelevamento campioni ufficiali molluschi c/o in aree marine/lagunari	Inosservanza di regole procedurali a garanzia dell’imparzialità della selezione per favorire uno specifico operatore del settore alimentare	Medio-basso	1. Definizione delle responsabilità nell'esecuzione del procedimento; 2. redazione di incarichi di servizio relativi all'oggetto.	30/06 31/12	- Evidenza del monitoraggio al 30/06 - Relazione al RPCT al 31/12

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Aggiornamento anno 2024

Azienda 503 - Serenissima

					DIPENDENTI				NON DIPENDENTI																	
Macroprofili		Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001		Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie							
					-	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario										Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-			
					€ 415.011.804,00	€	Dirigenza	Dirigenza	€	-	€	24.692.674,26	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili										-	€	-	-
							€ 2.860.627,00	€ 1.125.008,00					€ 13.836.711,00													
€	€	Comparto	Comparto	€	€	€	€	€ 734.488,00										€	€	€						
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R									
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.267,4	222,1	€ 132.255.860,97	€ -	€ 5.743.761,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 21.213.483,56	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ 213.000,00	€ 6.313.000,00	€ 240.680,00	€ -	€ 4.911.514,68								
	Dirigenza veterinaria	S	29,0	7,0	€ 2.931.497,82	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 759.947,85	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	Dirigenza sanitaria	S	148,7	32,9	€ 9.943.589,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.719.242,85	€ 174.480,00		€ -		€ 174.480,00	€ 812.945,47	€ 31.697,04	€ -								
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39,0	0,0	€ 3.826.082,25	€ 106.297,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ 7.000,00	€ 15.750,00	€ -								
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			1.484,2	262,0	€ 148.957.030,84	€ 106.297,57	€ 5.743.761,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.277.480,00	€ -	€ -	€ 213.000,00	€ 6.490.480,00	€ 1.060.625,47	€ 47.447,04	€ 4.911.514,68							
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.507,9	0,0	€ 147.204.241,06	€ -	€ 1.091.570,00	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	Personale tecnico sanitario	S	454,3	0,0	€ 17.512.254,05	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 21.253,98	€ -	€ -								
	Personale della riabilitazione	S	297,5	0,0	€ 11.222.109,62	€ 1.036.522,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 170.323,79	€ 87.164,71	€ -								
	Personale della prevenzione	S	126,4	0,0	€ 4.664.017,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	OSS/OTAA	SS	1.242,9	0,0	€ 48.295.789,82	€ 484.418,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	423,6	0,0	€ 11.803.538,91	€ 346.838,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 33.450,00	€ 168.938,10	€ -								
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	723,6	0,0	€ 25.352.821,62	€ 690.215,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -								
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			6.776,1	0,0	€ 266.054.772,32	€ 2.557.994,88	€ 1.091.570,00	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 225.027,77	€ 256.102,81	€ -								
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			8.260,3	262,0	€ 415.011.803,16	€ 2.664.292,45	€ 6.835.331,00	€ 1.896.233,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.277.480,00	€ -	€ -	€ 213.000,00	€ 6.490.480,00	€ 1.285.653,24	€ 303.549,85	€ 4.911.514,68								

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante 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)

F.to il DIRETTORE GENERALE
Dott. Edgardo Contato

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

Azienda				503 - Serenissima																
				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI												
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale⁵	Altre Tipologie			
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento⁶	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario					Con Specifico Finanziamento⁴	-	-			
				Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili																
				€ 408.495.872,00	Dirigenza	Dirigenza	€ 2.860.627,00	€ 1.125.008,00	€ -	Dirigenza Medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitari e socio-sanitario	€ 13.636.711,00					L	-	-		
		Comparto	Comparto	€ 196.217,00	€ 771.225,00	€ -	Altri Profili	€ 24.692.674,26					€ 734.488,00							
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.267,4	219,0	€ 130.179.365,34	€ -	€ 4.578.787,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 20.982.726,41	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ 407.000,00	€ 6.507.000,00	€ 160.000,00	€ -	€ 4.356.610,00		
	Dirigenza veterinaria	S	29,0	7,0	€ 2.885.471,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 759.947,85	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza sanitaria	S	148,7	36,0	€ 9.787.469,53	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ 7.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 7.000,00	€ 414.683,52	€ 16.501,50	€ -		
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39,0	0,0	€ 3.766.010,48	€ 106.297,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 23.625,00	€ -		
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.484,2	262,0	€ 146.618.316,92	€ 106.297,57	€ 4.578.787,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.110.000,00	€ -	€ -	€ 407.000,00	€ 6.517.000,00	€ 577.683,52	€ 40.126,50	€ 4.356.610,00		
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.490,9	0,0	€ 144.893.046,98	€ -	€ 1.294.082,80	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale tecnico sanitario	S	454,3	0,0	€ 17.237.301,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Personale della riabilitazione	S	297,5	0,0	€ 11.045.915,83	€ 1.036.522,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 125.620,47	€ 25.467,72	€ -		
	Personale della prevenzione	S	126,4	0,0	€ 4.590.789,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	OSS/OTAA	SS	1.259,9	0,0	€ 47.537.517,22	€ 484.418,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	424,6	0,0	€ 11.618.216,34	€ 346.838,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.640,50	€ 42.661,90	€ -		
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	725,6	0,0	€ 24.954.767,25	€ 690.215,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		6.779,2	0,0	€ 261.877.554,26	€ 2.557.994,88	€ 1.294.082,80	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 161.260,97	€ 68.129,62	€ -	
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		8.263,4	262,0	€ 408.495.871,18	€ 2.664.292,45	€ 5.872.869,80	€ 1.896.233,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.110.000,00	€ -	€ -	€ 407.000,00	€ 6.517.000,00	€ 738.944,49	€ 108.256,12	€ 4.356.610,00			

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante 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)

F.to il DIRETTORE GENERALE
Dott. Edgardo Contato

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2026

Azienda 503 - Serenissima

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI										
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁵	Altre Tipologie	
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario					Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 408.495.872,00	€ -	Dirigenza	Dirigenza	€ -	€ 24.692.674,26	Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili					L	-	-	
						Comparto	Comparto						Comparto					
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.267,4	219,0	€ 130.179.365,34	€ -	€ 4.078.787,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 20.982.726,41	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	29,0	7,0	€ 2.885.471,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 759.947,85	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	148,7	36,0	€ 9.787.469,53	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 48.919,27	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39,0	0,0	€ 3.766.010,48	€ 106.297,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ 23.625,00	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.484,2	262,0	€ 146.618.316,92	€ 106.297,57	€ 4.078.787,00	€ 1.125.008,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.103.000,00	€ 48.919,27	€ 23.625,00	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.490,9	0,0	€ 144.893.046,98	€ -	€ 1.294.082,80	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	454,3	0,0	€ 17.237.301,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	297,5	0,0	€ 11.045.915,83	€ 1.036.522,23	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 28.360,00	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	126,4	0,0	€ 4.590.789,40	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	1.259,9	0,0	€ 47.537.517,22	€ 484.418,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	424,6	0,0	€ 11.618.216,34	€ 346.838,94	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 6.313,50	€ 38.578,57	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	725,6	0,0	€ 24.954.767,25	€ 690.215,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		6.779,2	0,0	€ 261.877.554,26	€ 2.557.994,88	€ 1.294.082,80	€ 771.225,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 34.673,50	€ 38.578,57	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		8.263,4	262,0	€ 408.495.871,18	€ 2.664.292,45	€ 5.372.869,80	€ 1.896.233,00	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.103.000,00	€ 83.592,77	€ 62.203,57	€ -	

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante 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)

F.to il DIRETTORE GENERALE
Dott. Edgardo Contato

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Anno 2027

Azienda 503 - Serenissima

				DIPENDENTI				NON DIPENDENTI											
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti¹ FTE ANNUI	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Reclutamento di personale a tempo determinato (T.Det. DL Calabria 35/2019 in deroga al limite)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale⁵	Altre Tipologie		
				-	-	-	Con Specifico Finanziamento⁶	-	-	Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario					Con Specifico Finanziamento⁴	-	-		
				€ 408.495.872,00	Dirigenza Comparto	Dirigenza	€ -	Dirigenza Medica e personale sanitario	non dirigenziale appartenente ai profili sanitari e socio-					L	-	-			
						Comparto			6.818.355,50										
				€ 196.217,00					Altri Profili	734.488,00									
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=I+L+M+N	P	Q	R
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.267,4	219,0	€ 130.179.365,34	€ -	€ 3.578.787,00	€ -	€ -	€ 20.982.726,41	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.100.000,00	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza veterinaria	S	29,0	7,0	€ 2.885.471,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 759.947,85	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	148,7	36,0	€ 9.787.469,53	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.950.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,0	0,0		€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39,0	0,0	€ 3.766.010,48	€ 106.297,57	€ -	€ -	€ -	-	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.484,2	262,0	€ 146.618.316,92	€ 106.297,57	€ 3.578.787,00	€ -	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -	
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.490,9	0,0	€ 144.893.046,98	€ -	€ 1.294.082,80	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	454,3	0,0	€ 17.237.301,25	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	297,5	0,0	€ 11.045.915,83	€ 1.036.522,23	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	126,4	0,0	€ 4.590.789,40	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,0	0,0	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	1.259,9	0,0	€ 47.537.517,22	€ 484.418,69	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	424,6	0,0	€ 11.618.216,34	€ 346.838,94	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	725,6	0,0	€ 24.954.767,25	€ 690.215,02	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		6.779,2	0,0	€ 261.877.554,26	€ 2.557.994,88	€ 1.294.082,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		8.263,4	262,0	€ 408.495.871,18	€ 2.664.292,45	€ 4.872.869,80	€ -	€ -	€ 24.692.674,26	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 6.103.000,00	€ -	€ -	€ -		

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da Universitari, S.A.I., Somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Incarichi libero professionali; Altri contratti di lavoro autonomo; contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato (ex interinale) e Contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

4 - Devono intendersi gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziante 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)

F.to il DIRETTORE GENERALE
Dott. Edgardo Contato

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024

Azienda 503 - Serenissima

	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	1.283	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	29	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	150	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39	1	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.501	1	0	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.617	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	462	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	279	26	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	127	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	1.248	15	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	417	10	1	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	720	18	0	0	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		6.870	69	1	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		8.371	70	1	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

F.to II Direttore Generale
Dott. Edgardo Contato

Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda 503 - Serenissima

	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 reinternalizzazione ³
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	1.289	0	0	0	0
	Dirigenza veterinaria	S	29	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	150	0	0	0	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	39	1	0	0	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		1.507	1	0	0	0
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.600	0	0	0	0
	Personale tecnico sanitario	S	462	0	0	0	0
	Personale della riabilitazione	S	279	26	0	0	0
	Personale della prevenzione	S	127	0	0	0	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS/OTAA	SS	1.265	15	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	418	10	1	0	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	720	20	2	0	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		6.871	71	3	0	0
TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		8.378	72	3	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

F.to Il Direttore Generale
Dott. Edgardo Contato