



P PIANO
I INTEGRATO
A ATTIVITÀ
O ORGANIZZAZIONE

2025-2027

Indice

Premessa

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA	3
1.2 L'Azienda "in cifre"	5
1.2.1 L'assistenza Ospedaliera	5
1.2.2 L'assistenza Specialistica	9
1.2.3 L'assistenza Distrettuale	11
1.2.4 La Prevenzione	18
1.2.5 Le risorse umane	20
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	22
2.1 Valore Pubblico	22
2.2 Performance	24
2.2.1 La pianificazione strategica	25
2.2.2 Obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere	33
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	35
2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione	35
2.3.2 Trasparenza	45
2.3.3 Monitoraggio misure di prevenzione della corruzione e diffusione del PTPCT	47
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	48
3.1 Struttura organizzativa	48
3.2 Organizzazione del lavoro agile	50
3.2.1 Modalità attuative	50
3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	51
3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile	51
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	52
3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni	53
3.3.2 Formazione del personale	57
4. MONITORAGGIO	58
5. ELENCO ALLEGATI	59

Premessa

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

- a) gli **obiettivi programmatici e strategici** della performance;
- b) la strategia di **gestione del capitale umano** e di **sviluppo organizzativo** e gli **obiettivi formativi**;
- c) gli strumenti e gli obiettivi del **reclutamento di nuove risorse umane** e della **valorizzazione** delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale;
- d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena *trasparenza* dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per realizzare gli obiettivi in materia di **contrasto alla corruzione**;
- e) l'elenco delle **procedure da semplificare e reingegnerizzare** ogni anno;
- f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la **piena accessibilità** alle amministrazioni, fisica e digitale;
- g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della **parità di genere**.

Il PIAO definisce altresì le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione.

Con il PIAO s'intende assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di programmazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche, in particolare:

- il **Piano della Performance**, poiché va a definire gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il **Piano delle Azioni Positive**, ponendo obiettivi per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere;
- il **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**;
- il **Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e il Piano della Formazione, poiché definiscono le strategie di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il **Piano Triennale del Fabbisogno del Personale**, definendo gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse umane e la valorizzazione delle risorse interne.

Il principio che guida la definizione del PIAO risponde pertanto alla volontà di superare la molteplicità e la conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di *governance*. In quest'ottica, il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione dell'Azienda ULSS7 Pedemontana rappresenta una sorta di "testo unico" della programmazione.

Il PIAO, quindi, semplifica gli adempimenti dell'amministrazione e consente, in una logica integrata, di ricondurre ad un unico documento le scelte operative di sviluppo strategico in perfetta linea con il percorso di transizione amministrativa avviato con il PNRR.

In linea con quanto previsto dalla DGR 1717 del 30.12.2022 ad oggetto "*Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del PIAO*", l'Azienda ULSS 7 Pedemontana redige e adotta il PIAO 2025-2027 che dà avvio al Ciclo della Performance per l'anno in corso.

1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è stata costituita l'1.01.2017, con L.R. n. 19 del 25.10.2016, all'art.14, comma 4, lettera b) e ha competenza nelle aree delle due preesistenti Aziende Sanitarie del Veneto, n. 3 - Bassano del Grappa e n. 4 - Alto Vicentino.

ULSS 7 "PEDEMONTANA" - SCHEDA ANAGRAFICA

SEDE LEGALE
CODICE FISCALE
PEC
SITO WEB
DIRETTORE GENERALE

Via dei Lotti, 40 - Bassano del Grappa (VI)
00913430245
protocollo.aulss7@pecveneto.it
<https://www.aulss7.veneto.it/>
dott. Carlo Bramezza

L'azienda ha sede legale in via dei Lotti n.40, Bassano del Grappa (VI), codice fiscale e partita I.V.A. 00913430245, sito web: <http://www.aulss7.veneto.it> e PEC istituzionale: protocollo.aulss7@pecveneto.it

L'azienda ULSS 7 è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.; la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati con l'Atto aziendale, approvato con Deliberazione del Commissario n. 493 dell'08.04.2020 e aggiornato, in conformità al Decreto n. 64 del 19.05.2023

del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione, con deliberazione n. 858 del 25.05.2023 modificato e integrato con deliberazione n.1722 del 20.09.2024.



Popolazione e territorio

L'ambito territoriale dell'azienda ULSS n.7 Pedemontana comprende attualmente 55 Comuni, con una superficie totale di 1.482,98 Km², di cui 938,47 Km² relativi all'area di montagna e alta montagna.

È articolata in due Distretti, corrispondenti alle due ex Aziende unite a partire dall'1.01.2017 (Distretto 1 ex Ulss 3 e Distretto 2 ex Ulss 4). I Comuni del territorio sono così distribuiti:



**RESIDENTI
IN ULSS**

- 23 afferenti al Distretto 1 Bassano
- 32 afferenti al Distretto 2 Alto Vicentino

La popolazione residente al 01/01/2024 è di 361.934 abitanti, così ripartita:

Tabella 1 - Popolazione per classi di età e distretto al 01/01/2024

Popolazione residente all'01.01.2024	Classi d'età				Totale	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65-84	85+			
Tot. area distretto 1	21.923	114.320	35.633	6.648	178.524	192,9%	56,2%
Tot. area distretto 2	22.596	116.939	36.988	6.887	183.410	194,2%	56,8%
Azienda ULSS 7 Pedemontana	44.519	231.259	72.621	13.535	361.934	193,5%	56,5%

indice vecchiaia: over65/0-14

indice dipendenza: 014+over65/15-64

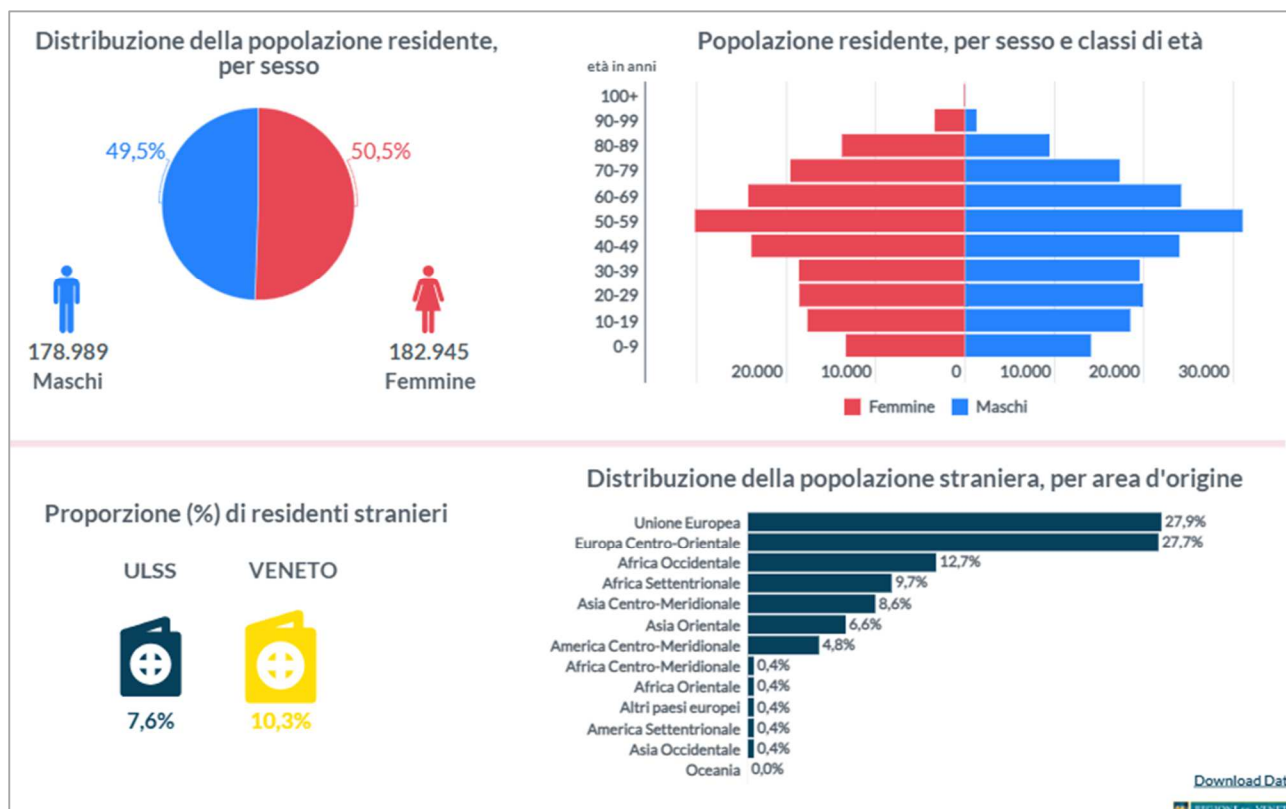


Tabella 2 - Popolazione per Distretto dal 2021 al 2024

Popolazione residente	all' 1.01.2021	all' 1.01.2022	all' 1.01.2023	all' 1.01.2024
Tot. area distretto 1 (D1) *	178.267	178.154	178.110	178.524
Tot. area distretto 2 (D2)	183.712	183.103	183.103	183.410
ULSS 7 Pedemontana	361.979	361.257	361.213	361.934

* fino all'1.01.2019: n. 28 Comuni, da febbraio 2019: n. 23 Comuni per unione di alcuni comuni

Fonte: ISTAT

Le peculiarit  del territorio, caratterizzato da una estesa zona montuosa e da aree collinari altrettanto ampie, implicano una viabilit  complessa, in particolare nel periodo invernale, con conseguente criticit  negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda; in considerazione di ci    stato necessario il mantenimento di servizi dislocati nei territori pi  disagiati e meno popolosi.

Viene garantita l'assistenza sanitaria e socio sanitaria ad una popolazione di 361.934 residenti all'01.01.2024, con un aumento di 721 unit  rispetto all'anno precedente

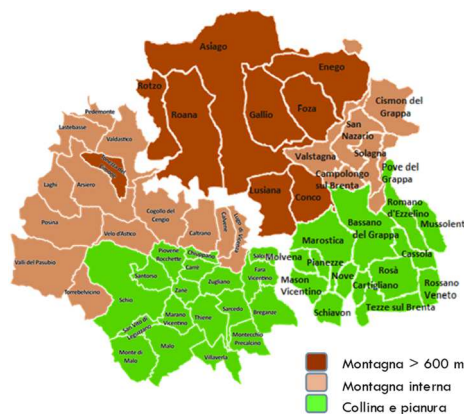


Tabella 3 - *Principali indicatori demografici suddivisi per distretto.*

Indicatori demografici al 01/01/2024 (fonte Istat)	Totale Azienda	Distretto 1	Distretto 2
Popolazione residente	361.934	178.524	183.410
Superficie (km ²)	1.482,98	823,07	660,70
Densità abitativa (abitanti/km ²)	244,1	216,9	277,6
Popolazione 0-14 anni	44.519	21.923	22.596
Popolazione 65 anni e più	86.156	42.281	43.875
Indice di vecchiaia (%)	193,5	192,9	194,2
Nati vivi*	2.377,0	1.185,0	1.192,0
Deceduti*	3.540,0	1.801,0	1.739,0
Stranieri residenti	27.506,0	12.452,0	15.054,0
Tasso di natalità (per 1000 residenti)	6,6	6,6	6,5
Tasso di mortalità (per 1000 residenti)	9,8	10,1	9,5
% stranieri residenti	7,6%	7,0%	8,2%

*dati relativi all'anno 2023

1.2 L'Azienda "in cifre"

1.2.1 L'assistenza Ospedaliera

Nell'azienda ULSS 7 Pedemontana sono presenti i Presidi Ospedalieri di rete di Bassano e di Santorso ed un Ospedale nodo di rete ad Asiago. Non sono presenti nel territorio dell'ULSS 7 Pedemontana Ospedali privati accreditati.

Si riporta di seguito la dotazione dei posti letto per ospedale come previsto da DGR 614 del 14.05.2019 e successiva delibera del Commissario n. 674 del 20.05.2020 attuativa della suddetta DGR.

Tabella 4 - *Posti letto per ospedale*

Posti letto	DGR 614/2019	Delibere Commissario n. 674/2020 e 227/2021
Presidio Osp. di rete Bassano	378	380
Ospedale nodo di rete Asiago	104	91
Presidio Osp. di rete Santorso	400	370
TOTALE OSPEDALI	882	841

Esclusi posti culla dei Nidi (assistenza neonatale)

Si rappresentano di seguito le stime dei volumi di attività 2024 di ricoveri, pronto soccorso e interventi chirurgici con i dati finora disponibili, a confronto con i volumi del 2023.

Ricoveri

Nel 2024 si registra un incremento nel numero di ricoveri, in particolare nell’Ospedale di Santorso.



Tabella 5 - Numero di ricoveri per struttura confrontate con l’anno precedente

Dimissioni	Anno 2022	Anno 2023	Proiezione 2024*	Differenza %
Ospedale Bassano	14.643	14.952	15.061	0,73%
Ospedale Asiago	1.900	2.471	2.604	5,38%
Ospedale Santorso	16.298	16.350	17.148	4,88%
totale ULSS 7	32.841	33.773	34.813	3,08%

*Fonte SDO (totale ricoveri escluso DRG 391- dato 2024 stimato su ultimi 12 mesi rolling fino al 30.11.24)

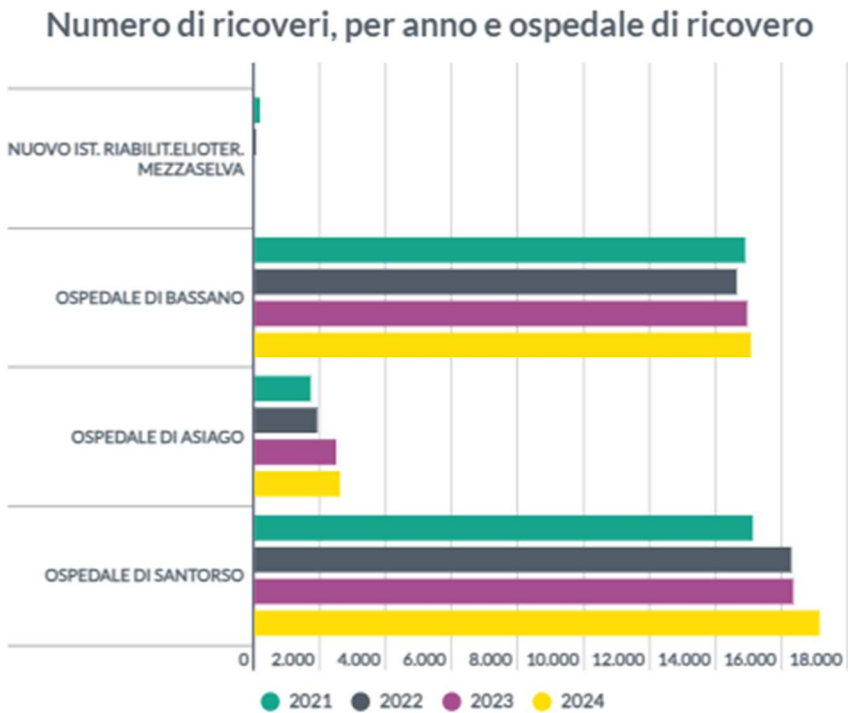
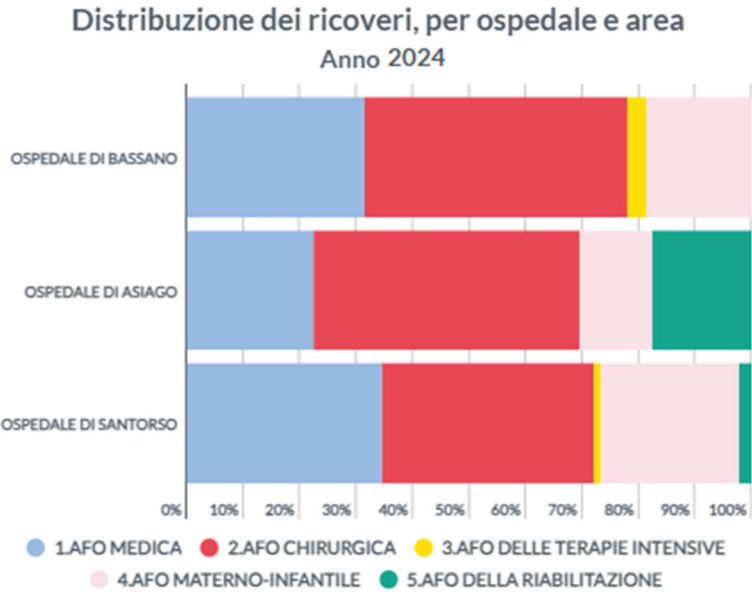


Tabella 6 - Ricoveri in regime ordinario e diurno per le strutture dell’Azienda per area funzionale (anno 2024, proiezione lineare su dati relativi a primi 11 mesi)

Strutture	Area Medica	Area Chirurgica	Area Terapie Intensive	Area Materno-Infantile	Area Riabilitazione	Totale
Ospedale Bassano	4.748	6.997	519	2.797		15.061
Ospedale Asiago	584	1.229		332	459	2.604
Ospedale Santorso	5.918	6.448	189	4206	387	17.148
Totale	11.250	14.674	708	7.335	846	34.813



Attività operatoria

L'attività di sala operatoria, che aveva subito una notevole riduzione nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia, nel corso del 2022 si è riportata ai livelli del 2019 e nel 2023 è stata ulteriormente potenziata in particolare nell'area ortopedica e ginecologica.

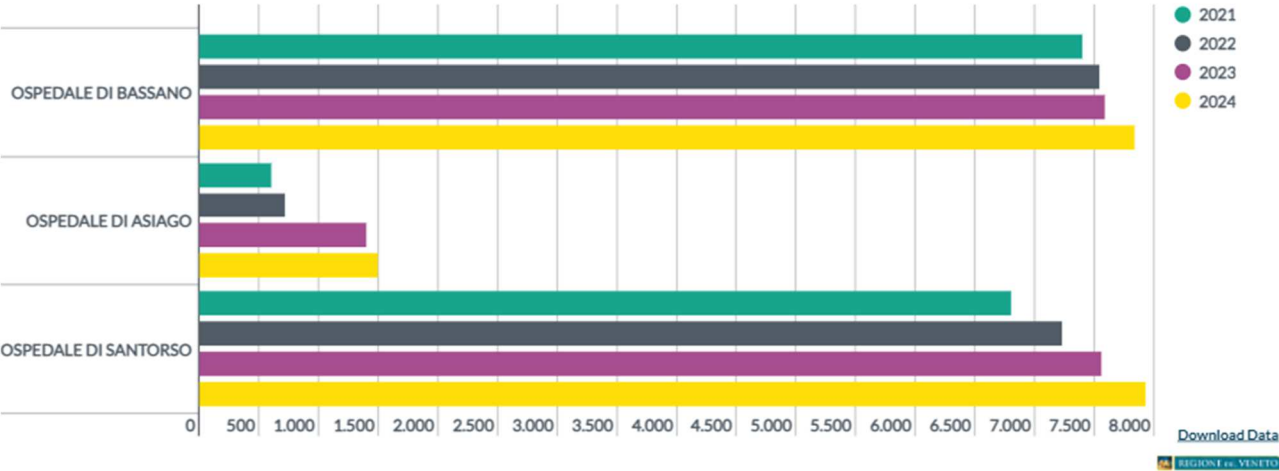
**INTERVENTI
ESEGUITI**
dimissioni con DRG chirurgico
Anno 2024



Tabella 7 - Interventi chirurgici anni 2021-2024

Interventi chirurgici	2022	2023	Proiezione 2024*	Diff. % 2024-23
Ospedale Bassano	7.537	7.583	7.834	3,31%
Ospedale Asiago	718	1.398	1.498	7,15%
Ospedale Santorso	7.228	7.559	7.927	4,87%
totale ULSS 7	15.483	16.540	17.259	4,35%

Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero



Pronto Soccorso

Si evidenzia per tale attività l’incremento progressivo rispetto al 2023.

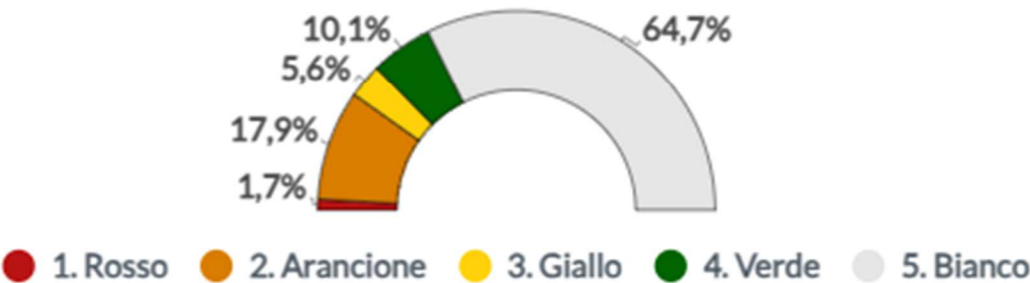
Tabella 8 - Numero di accessi in pronto soccorso.

ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO
Anno 2024

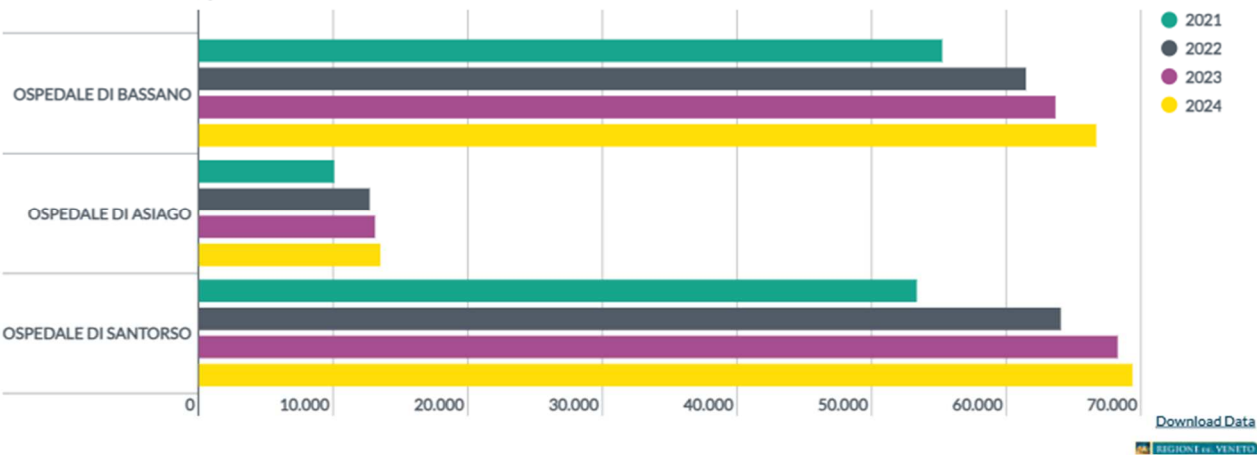

149.456

Accessi	2022	2023	Proiezione 2024*	Diff. % 2024-23
Ospedale Bassano	61.437	63.636	66.646	4,73%
Ospedale Asiago	12.675	13.107	13.472	2,78%
Ospedale Santorso	64.051	68.251	69.338	1,59%
totale ULSS 7	138.163	144.994	149.456	3,08%

Distribuzione degli accessi, per triage di accesso
Anno 2024



Numero di accessi, per anno e struttura



La soddisfazione della domanda di ricovero (mobilità sanitaria)

I residenti dell’ULSS 7 Pedemontana possono contare su una rete di offerta di ricovero costituita dalle tre strutture aziendali di Bassano, Asiago e Santorso presso le quali viene effettuato circa il 73% dei ricoveri che annualmente vengono erogati per i residenti del territorio.

Tabella 9 - Domanda di ricoveri dei residenti dell'ULSS 7 Pedemontana per sede di erogazione

	2022	2023	proiezione 2024*
Ricoveri presso strutture ULSS 7 Pedemontana	30.650	31.624	33.046
Ricoveri presso altre Strutture della Regione pubbliche e private	9.703	10.021	9.496
Ricoveri presso strutture fuori Regione pubbliche e private	2.823	2.594	2.594
Totale ricoveri per i residenti dell'ULSS 7 Pedemontana	43.176	44.239	45.136

*Proiezione lineare su dati aggiornati a 11 mesi 2024 per ricoveri presso strutture ULSS7, su dati aggiornati a 9 mesi per ricoveri presso strutture regionali, mentre per ricoveri fuori regione, non essendo disponibile il dato riferito al 2024, si riporta quello relativo all'anno precedente

1.2.2 L'assistenza Specialistica



L'assistenza specialistica è garantita con servizi propri aziendali – principalmente poliambulatori ospedalieri, ma anche territoriali - e attraverso accordi con 5 strutture private accreditate (2 nel territorio del D1 e 3 in quello del D2).

Rispetto all'anno 2023 sono aumentate le prestazioni eseguite sia presso le strutture pubbliche, in particolare l'Ospedale di Santorso (+11,8%), sia presso le strutture private accreditate (+10,6%). L'incremento di prestazioni è stato attuato anche per far fronte al recupero delle prestazioni ambulatoriali in lista di galleggiamento, come previsto dal Piano Operativo Liste d'attesa per il primo semestre (Delibera del Direttore Generale n. 310 del 23.02.2024) e dal Piano Operativo Liste d'attesa per il secondo semestre (Delibera del Direttore Generale n. 1539 del 16.08.24).

Tabella 10 - Prestazioni ambulatoriali per esterni

Prestazioni ambulatoriali per esterni esclusa Branca Laboratorio Analisi *	2022	2023	2024*	Differenza % 2024-2023
Ambulatori Ospedale Bassano	334.627	344.125	350.770	1,9%
Ambulatori Ospedale Asiago	44.200	46.372	45.973	-0,9%
Ambulatori Ospedale Santorso	224.140	251.195	280.924	11,8%
Ambulatori extraospedalieri Distretto 1	52.363	49.486	48.291	-2,4%
Ambulatori extraospedalieri Distretto 2	138.737	134.644	126.914	-5,7%
Privati accreditati	64.365	84.705	93.715	10,6%
totale ULSS 7	858.432	910.527	946.587	4,0%
Prestazioni per esterni Branca Laboratorio (inclusi tamponi)	2022	2023	2024*	Differenza % 2024-2023
Laboratorio	2.898.816	2.931.143	2.972.175	1,4%

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

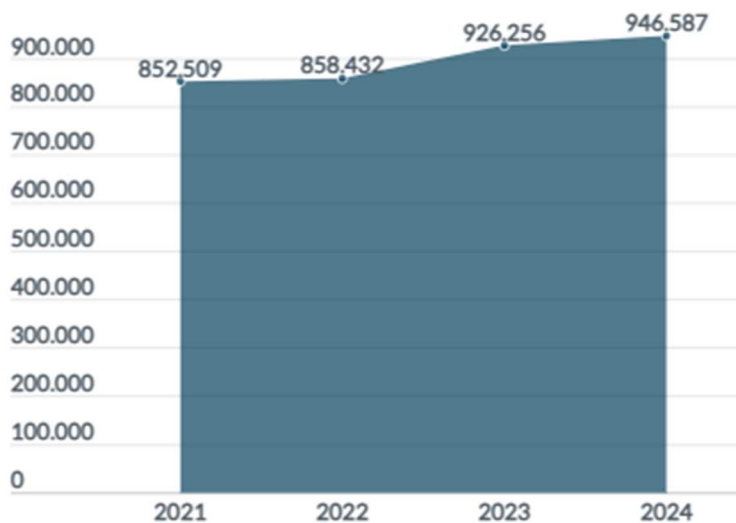
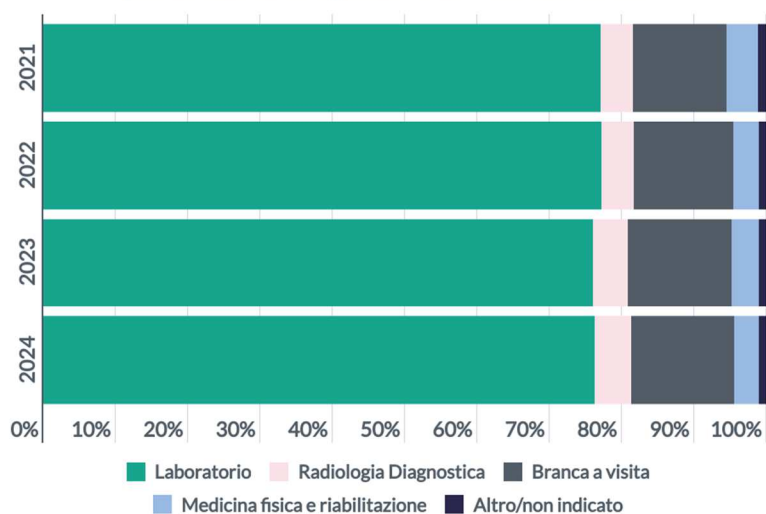


Tabella 11 - Prestazioni ambulatoriali per esterni – distribuzione per macrobranca

<i>Prestazioni ambulatoriali per esterni</i>	2022	2023	2024*	Differenza % 2024-2023
Branca a visita	518.834	553.075	572.093	3,44%
Laboratorio	2.898.816	2.931.143	2.972.175	1,40%
Medicina fisica e riabilitazione	130.804	143.907	129.400	-10,08%
Radiologia Diagnostica	167.671	188.575	202.698	7,49%

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



1.2.3 L'assistenza Distrettuale

L'azienda è articolata in *due Distretti socio sanitari*. Ciascun distretto è organizzato su 2 centri principali: Bassano e Asiago per il Distretto 1 e Thiene e Schio per il Distretto 2. In entrambi i distretti sono inoltre presenti altre sedi distrettuali e vari servizi dislocati sul territorio.

Tabella 12 - *Elenco delle principali strutture che erogano i servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda sul territorio.*

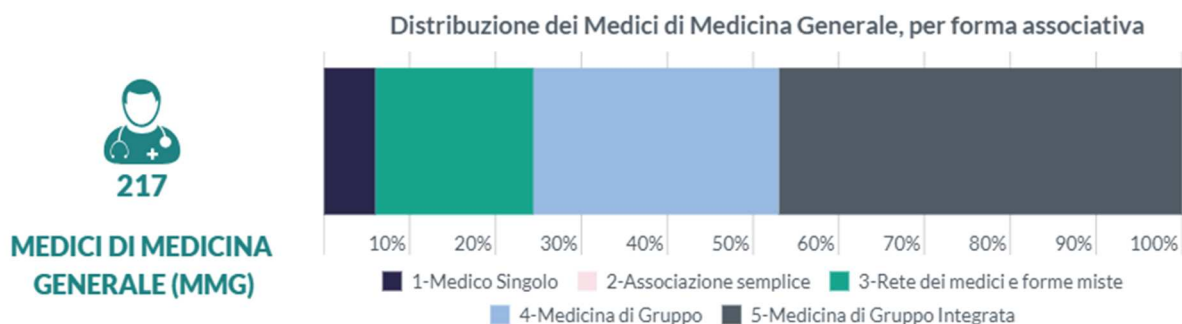
Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	Numero
Distretti	2
Strutture extraospedaliere (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali, Hospice, CPRF - Strutture riabilitative extraospedaliere (ex art. 26 legge 833/1978))	9 (di cui 6 private accreditate)
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	7 aziendali 6 privati accreditati
Strutture per minori e famiglie	6
Strutture per anziani	12 centri diurni 40 centri servizi
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	37
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	33
Strutture per persone con dipendenze	3
Medici di Assistenza Primaria (MMG)*	217
Pediatri di Libera Scelta*	38
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	10
Farmacie convenzionate	115

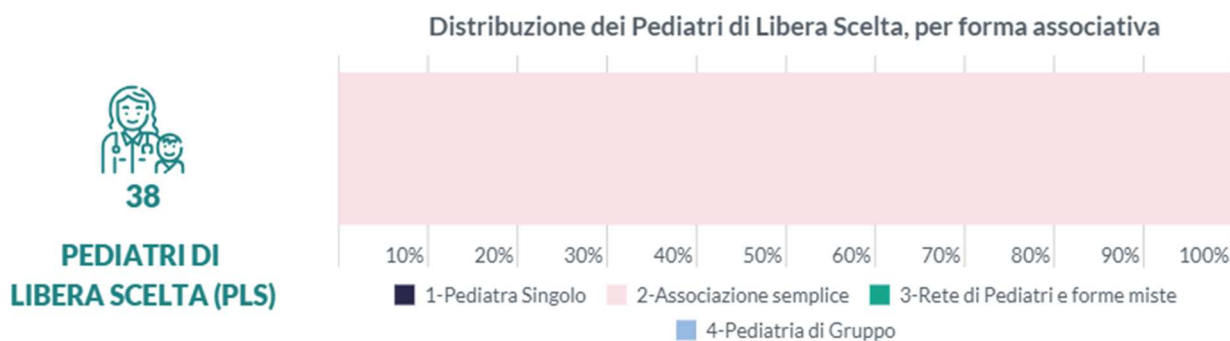
*anno 2024

I Distretti sono le strutture tecnico-funzionali che garantiscono una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sociosanitari del cittadino e della famiglia, orientando e favorendo l'accesso ai servizi e fornendo diverse e rilevanti tipologie assistenziali:

- *Assistenza Primaria*, con un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale, garantita mediante l'attività di 217 Medici di Medicina Generale, 38 Pediatri di Libera Scelta e 78 medici del Servizio di Continuità Assistenziale che assicurano le prestazioni di primo livello nonché l'invio ai servizi specialistici.

L'attenzione per il percorso di sviluppo e potenziamento dell'assistenza primaria ha portato al consolidamento delle reti tra MMG e all'integrazione tra servizi, in particolare, con le *Medicine di Gruppo Integrate (11 MGI + 2 sperimentali)*, finalizzate a garantire un'effettiva continuità dell'assistenza e presa in carico degli utenti. L'assistenza primaria, assieme a tutte le altre U.O., implementa e monitora la più ampia adesione ai PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi dai diversi professionisti e rivolti agli utenti che necessitano di cure integrate ed interdisciplinari.





- Strumento indispensabile è la *Centrale Operativa Territoriale*, con cui sono assicurate le risposte appropriate e continuative alle persone fragili e la presa in carico dei pazienti, collegando Ospedale, MMG e Servizi Territoriali.

Tabella 13 - Numero di trasferimenti gestiti dalla COT

COT	2022	2023	2024
N. transizioni	5.451	5.627	5.791

- Cure Domiciliari*, rivelatesi sempre più importanti e necessarie per assistere adeguatamente le persone più anziane e più fragili nella propria abitazione, tanto da prevedere anche per i prossimi anni un incremento di attenzione con l'obiettivo del PNRR "casa come primo luogo di cura".

Alcuni dati di sintesi dell'attività svolta per il territorio dell'intera Azienda sono riportati nelle tabelle che seguono. Essi riguardano gli assistiti e gli accessi a domicilio, attivati in base ai bisogni dell'utenza: dalle situazioni più complesse che necessitano della presenza di un operatore sanitario a giorni alterni o più frequentemente (coefficiente di intensità assistenziale >0,5 (CIA3)) fino alle persone che invece usufruiscono unicamente di uno a più accessi sporadici per prelievi del sangue, medicazioni, valutazioni o visite occasionali.

**PAZIENTI IN ASSISTENZA
DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
Anno 2024**


13.423

Tabella 14 - Totale utenti ADI (escluse attività medici USCA) e Assistiti over 65 anni con almeno una presa in carico di livello 1 o superiore da parte del servizio ADI

UTENTI	2023	2024
Totale assistiti	13.415	13.423
Assistiti con coeff. Intensità assist > 0,5 (CIA 3)	1.001	935
Assistiti 65+ anni	11.062	11.132
Popolazione anziana	84.786	86.091
% Anziani >=65 anni in ADI	13,05	12,93

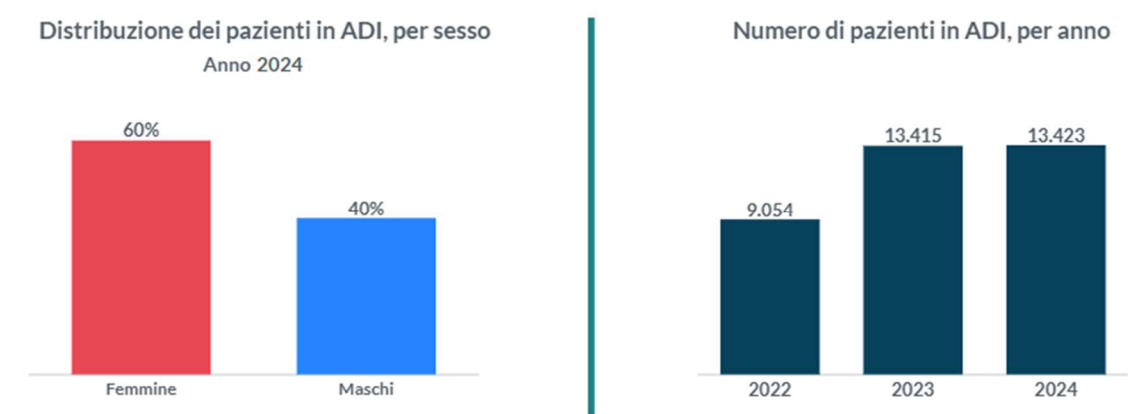
Fonte dei dati: Flusso ADI, *Cruscotto ADI Azienda Zero*

Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato9m2023*dato9M2024)

Tabella 15 - Accessi a domicilio anni 2023-2024

ACCESSI	2023	2024
Totale accessi	122.018	123.438
di cui accessi del medico (MMG, palliativista, medico continuità assistenziale, specialista ecc.)	35.319	37.272
di cui accessi dell’Infermiere	86.440	86.006
di cui accessi di altra figura professionale	259	160

Fonte dei dati: Flusso ADI
Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato9m2023*dato9M2024)



- La rete delle *Cure Palliative* offre un’assistenza globale al paziente con patologie croniche in fase di terminalità, attraverso percorsi integrati di cura in differenti setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, Hospice, Ospedale di Comunità, Centri Servizi per Anziani, come previsto dalla DGRV n. 553/2018 che definisce il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore. Nell’anno 2024 sono stati visti a domicilio dal medico palliativista 479 utenti e sono stati ricoverati in Hospice 266 pazienti (dati stimati). La percentuale stimata di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di Cure Palliative è del 49%. Di seguito sono riportati alcuni dati 2023 e 2024 distinti per setting domiciliare e hospice:

Tabella 16 – Utenti e accessi in setting domiciliare

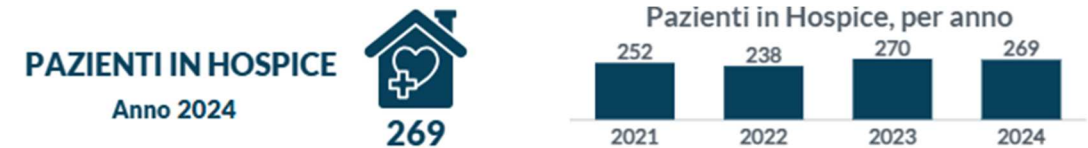
UTENTI e ACCESSI IN SETTING DOMICILIARE	2023	2024
N. utenti con almeno 1 accesso del medico palliativista	431	479
N. accessi del medico palliativista a domicilio	1.128	1.425

Fonte dei dati: Flusso ADI
Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato9m2023*dato9M2024)

Tabella 17 – Utenti in Hospice

HOSPICE	2023	2024
N. utenti dimessi	270	269
di cui con patologia oncologica	229	235
Degenza media (gg.)	21,01	21,35

Fonte dei dati: Flusso Hospice
Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato9m2023*dato9M2024)



- **Assistenza psichiatrica**, garantita dai Servizi Psichiatrici dei due distretti tramite i tre Centri di Salute Mentale (Bassano, Thiene e Schio), i due servizi dedicati ai Disturbi del Comportamento alimentare, le strutture residenziali e diurne a gestione diretta e l'inserimento di pazienti in strutture gestite dal privato sociale. La recente riorganizzazione della rete assistenziale psichiatrica, in particolare rispetto alle strutture residenziali del privato sociale ha portato a complessivi 61 posti letto in strutture sanitarie (CTRP) e 91 posti letto in strutture sociosanitarie (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento Protetto). Sono proseguiti i progetti trasversali di integrazione tra DSM, NPI/SERD e UVFA per la gestione congiunta di presa in carico del disagio giovanile ed è proseguita la riorganizzazione dei servizi semiresidenziali della Salute Mentale in attuazione della DGR 1512 del 29/11/2022. Si riportano in sintesi alcuni dati relativi agli utenti seguiti per macro categorie diagnostiche e per tipologia di struttura.

**UTENTI CON ALMENO UN
CONTATTO CON I SERVIZI
DI SALUTE MENTALE**



6.183

Tabella 18 – Utenti assistenza psichiatrica

Assistenza psichiatrica territoriale	2023	2024*	Differenza % 2024-2023
N. totale utenti	5.430	6.183	13,87%
di cui in ambulatori DCA	258	260	0,81%

Fonte dei dati: Flusso SISM

*stima= dato2023/dato9m2023*dato9M2024)

Tabella 18 – Utenti con almeno un contatto territoriale per età e per diagnosi

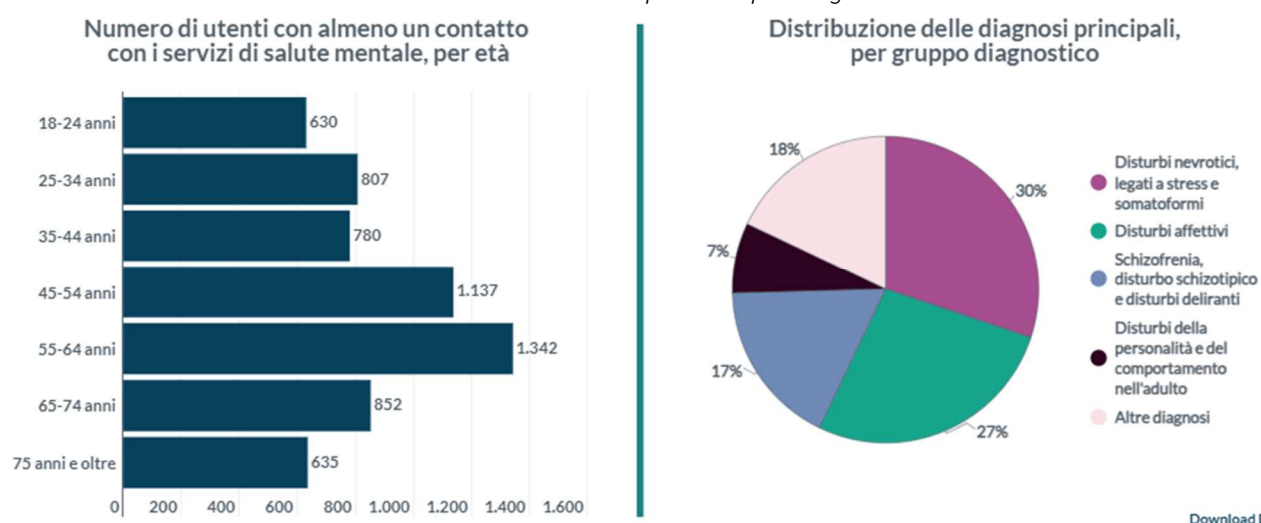


Tabella 19 – Utenti per struttura di presa in carico

Assistenza psichiatrica in strutture:	UTENTI 2023	UTENTI 2024	Differenza % 2024-2023	GIORNATE/UT. 2024
SEMIRESIDENZIALI – Centri diurni	190	172	-9,60	103,80
RESIDENZIALI	196	200	2,12	304,90
residenziali – CTRP	82	82	0,00	254,77
residenziali – GAP	24	20	-18,18	295,01
residenziali - Comunità Alloggio	82	84	2,50	301,43
Residenziali – RSSP	29	27	-6,90	334,85

Fonte dei dati: Flusso SISM

Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato9m2023*dato9M2024)

- Servizi per la tutela ed assistenza socio-sanitaria della *maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia* che fanno riferimento a livello territoriale ai due Servizi omonimi per distretto, comprendenti i Consultori Familiari, i Servizi di Protezione e Tutela Minori, i Centri per l’Affido e i Servizi di Neuropsichiatria Infantile. Nel 2024 è stata consolidata per entrambi i distretti l’Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) con il fine di intercettare precocemente il disagio giovanile e di rispondervi. Si è inoltre rafforzata l’integrazione delle équipes della Tutela Minori e degli Affidi sui due distretti per uniformare la presa in carico dei minori anche in funzione dei nuovi modelli previsti dal PNRR. Sono continuate le attività rivolte alla neogenitorialità e nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile è stato consolidato l’ambulatorio per la valutazione di minori con disturbi dello spettro dell’autismo.

Gli utenti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel 2024 dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile sono 4.910 (dato provvisorio al 27.12.2024) mentre l’attività e l’utenza in carico alla Tutela Minori, ai servizi per l’Affido e ai Consultori Familiari sono complessivamente riportate nelle tabelle seguenti.

Tabella 20 – *Andamento delle prese in carico degli utenti nel 2023 e nel 2024*

TIPO ATTIVITA'	Utenti 2023	Utenti 2024
Consultori, Attività Sanitaria	3.731	4.027
Consultori, Attività Psicosociale	1.871	1.845
N. singoli	970	1.115
N. coppie	114	148
N. famiglie	282	210
Tutela e Protezione Minori	1.525	1.394
di cui minori in tutela	472	447
Affido	630	550
di cui minori in affido o affiancamento	125	98

Fonte dei dati: Flusso SISM

Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato6m2023*dato6M2024)

Tabella 21 – *Interventi dell'Autorità Giudiziaria nel 2023 e nel 2024*

ATTIVITA'		INTERVENTI 2023	INTERVENTI 2024
SANITARIA		17.511	19.487
PSICOSOCIALE		12.478	10.637
	<i>di cui attività con mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	5.531	4.677
	<i>di cui attività senza mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	6.947	5.961
TUTELA MINORI		28.006	21.753
	<i>di cui attività con mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	20.109	14.561
	<i>di cui attività senza mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	7.897	7.172
AFFIDO		9.564	8.473
	<i>di cui attività con mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	7.111	6.326
	<i>di cui attività senza mandato dell'Autorità Giudiziaria</i>	2.453	2.147

Fonte dei dati: Flusso SISM

Anno 2024 dato stimato (criterio: stima2024 = dato2023/dato6m2023*dato6M2024)

- *Assistenza ai Disabili*, erogata mediante 15 strutture residenziali con un totale di 290 posti letto e 20 strutture semiresidenziali, con 451 posti. Per gli utenti con disabilità sono inoltre attivi servizi specifici di promozione e integrazione (inserimenti lavorativi, integrazione scolastica, assistenza psicologica, attività sportive, progetti alternativi ai centri diurni).

Tabella 22 - Utenti con disabilità presenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali con quota Ulss7.

	Distretto 1	Distretto 2
Interventi semiresidenziali (n. utenti)*	198	226
di cui CENTRI DIURNI presso strutture a gestione diretta	77	49
di cui CENTRI DIURNI presso strutture a gestione convenzionata	121	177
Progettualità (n. utenti) a gestione convenzionata (Progetti Alternativi ai Centri diurni, DGR 1375, DDN)	51	71
Interventi Residenziali (n. utenti)* compresi RSA disabili, Comunità alloggio, CRGD, altro	193	84
di cui presso strutture a gestione diretta	33	39
di cui presso strutture a gestione convenzionata	160	46
Interventi semiresidenziali in strutture fuori ULSS 7 (n. utenti)	8	
Interventi Residenziali in strutture fuori ULSS 7 (n. utenti)	27	

Nota: come utenti sono state considerate le "teste". La suddivisione per distretto fa riferimento alla collocazione della struttura

*la somma degli utenti per distretto non coincide con la somma per colonna delle specifiche in quanto lo stesso utente può essere transitato nel corso del periodo in più di una tipologia di servizio

Fonte: Atlante web –periodo dal 01.01.2024 al 30.11.2024 – estrazione 02/12/2024

- L'assistenza agli Anziani erogata mediante 37 Strutture residenziali per anziani non autosufficienti con circa 3.000 posti letto totali; di queste strutture, 6 sono per Religiosi, per complessivi 231 posti. Le strutture semiresidenziali attive sono n. 11 con circa 200 posti.

Tabella 23 - Utenti anziani per Unità d'offerta

				Utenti ⁽¹⁾ per tipologia di Unità d'Offerta					
Azienda ULSS	Età media all'ingresso	Maschi	Femmine	DGR 996/2022 ⁽²⁾ (3)	Ex II livello	Strutt. alta protezione Alzheimer (SAPA)	Stati vegetativi permanenti	Centri diurni anziani	Religiosi (DGR 1168/2023, Ex I e Ex II liv.) ⁽³⁾
Distretto 1	84,3	448	1.235	1.313	108	41	6	81	184
Distretto 2	83,9	458	1.097	1.288	150	-	6	121	33

Fonte: Stima utenti 2024 su dati FAR ultimi 12 mesi (da novembre 2023 a ottobre 2024).

(1) Utenti con IDR o QSA emessa dal Distretto (escluso utenti provenienti da altre Ulss accolti in strutture del territorio dell'Ulss 7 ed utenti accolti privatamente), per tipo posto letto occupato.

(2) Compresa SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e QSA (Quote Sanitarie di Accesso).

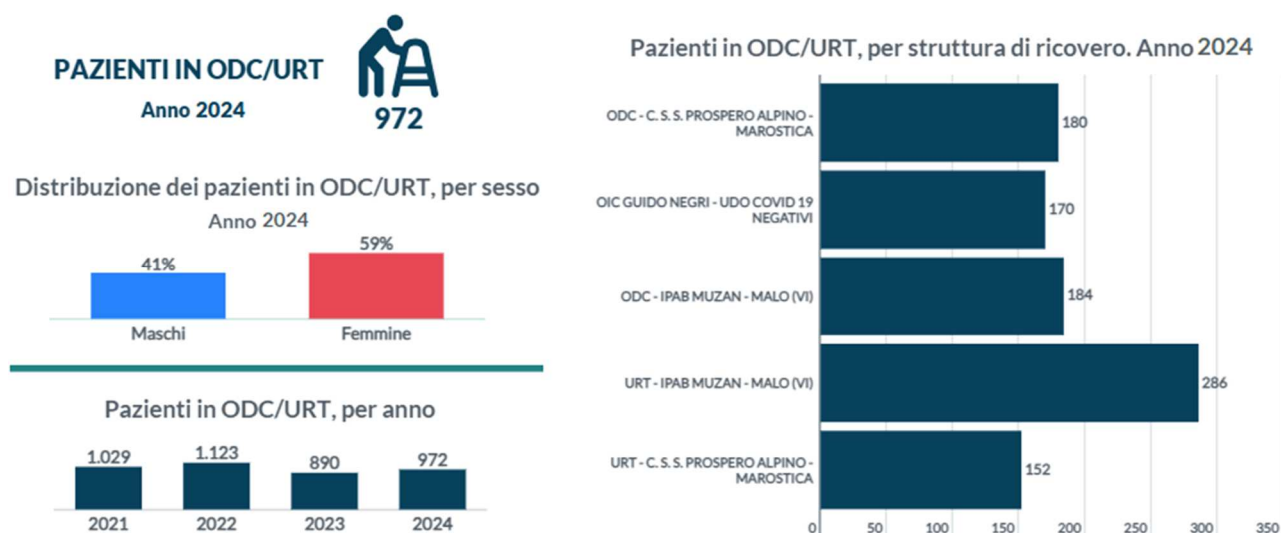
(3) La Regione Veneto con Delibera 996/2022 ha previsto la conversione dei posti di ex I livello ed ex II livello in un nuovo livello unico denominato DGR996/2022 (permangono i posti di ex II livello con persone accolte prima dell'avvio della DGR 996/2022, ad esaurimento: ossia non vengono sostituite le persone che via via vengono dimesse). Con successiva Delibera 1168/2023 la Regione ha previsto lo stesso iter anche per le strutture per Religiosi ed i nuovi posti vengono denominati DGR1168/2023.

- Nel territorio sono presenti *Strutture residenziali specifiche*: 3 Hospice per malati terminali per un totale di 22 posti letto, di cui 1 hospice di recente attivazione ad Asiago con 3 posti letto; 2 strutture per l'Alta Protezione Alzheimer (SAPA) (*) per complessivi 20 posti letto e 2 strutture per gli Stati Vegetativi Permanenti (SVP) con un totale di 14 posti letto. (*) la DGR n. 465 del 02/05/2024 prevede che le Unità di Offerta "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer" (SAPA) siano convertite in Unità di offerta a quota unica per anziani non autosufficienti di cui alla DGR n. 996/22 di pari capacità ricettiva a partire dal 01.01.2025.
- Sono attive altresì 4 *strutture sanitarie intermedie*: 2 Ospedali di Comunità (ODC) e 2 Unità Riabilitative Territoriali (URT): l'ODC a Marostica nel D1, con 20 posti letto e l'ODC di Malo nel D2, con 15 posti letto, l'URT

a Malo nel D2, con 22 posti e, di più recente attivazione, la URT a Marostica nel D1, per un totale a regime di 20 posti.

Tabella 24 - *Strutture intermedie: posti letto e giornate di degenza per tipologia di struttura e per distretto.*

Tipologia di struttura		Posti letto Distretto 1	Posti letto Distretto 2	Totale
Ospedale di Comunità (ODC)	Pubblico	20		20
	Privato accreditato		15	15
Unità Riabilitative Territoriali	Pubblico	20		20
	Privato accreditato		22	22
Hospice	Pubblico	3		3
	Privato accreditato	10	9	19
Totale strutture intermedie	Pubblico	43	0	43
	Privato accreditato	10	46	56
TOTALE GENERALE		53	46	99



- I Servizi per le Dipendenze offrono assistenza agli utenti e loro famiglie con disturbi da uso di sostanze (stupefacenti, alcol e tabacco,), gioco d'azzardo e dipendenze comportamentali mediante interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Forniscono inoltre interventi di prevenzione rivolti alle Scuole del territorio, alle Comunità locali, a gruppi formali e informali di giovani e adulti.

Tabella 25 - *Persone dipendenti prese in carico per distretto*

Utenti	Distretto 1			Distretto 2			Totale		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Tossicodipendenti	457	501	528	740	743	732	1.197	1.244	1.260
Alcolisti	354	414	417	341	355	381	695	769	798
Tabagisti	58	75	66	39	56	52	97	131	118
Dipendenza da gioco	61	76	69	44	52	66	105	128	135
Altro (invii da Prefettura, dai datori di lavoro, dipendenze comportamentali)	74	80	110	69	63	70	143	143	176

1.2.4 La Prevenzione

Nell'ambito della prevenzione e delle attività del Dipartimento di Prevenzione, nel 2024 si è posta particolare attenzione sul recupero delle attività rimaste in sospeso o rimandate nel corso degli anni precedenti, in particolare per quanto riguarda vaccinazioni pediatriche e screening. Inoltre, si è lavorato per delineare una strategia con cui affrontare future situazioni di emergenza pandemiche o di analoga natura, arrivando ad un modello di gestione integrata con le attività ordinarie.

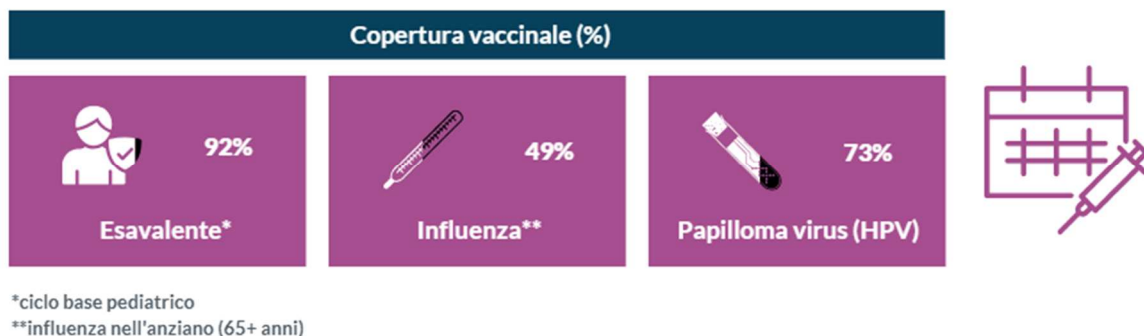


Tabella 26 - Coperture vaccinali dell'ultimo triennio.

SISP Copertura Vaccinale	2022	2023	2024*	Obiettivo Regionale
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	91,70%	92.03%	92.7%	95%
Vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	90,50%	90.71 %	92.20%	95%
Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)		72.90%	73%	>=80%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	>= 60 a.=43,8%; 65a.= 50.74%;	48.90%	49%	2024: 60%; punteggio parziale 40%
Coperture vaccinali previste negli over 65 (Pneumococco, Herpes Zoster)	Pneumococco =53,58%; Herpes Zoster 1° dose 51,7% (46%)	Pneumococco Coniugato: 51,60% Herpes Zoster ricombinante: 50,70%	Pneumococco 47%; Herpes Zoster 44%;	2024: <u>pneumococco</u> 55%; punteggio parziale 40%; <u>zoster</u> (1° dose) 50%; punteggio parziale 40%

* Stima sulla base dei primi 11 mesi

Nel corso del 2024 è stato dato forte impulso all'attività di screening con una buona performance sulla copertura.

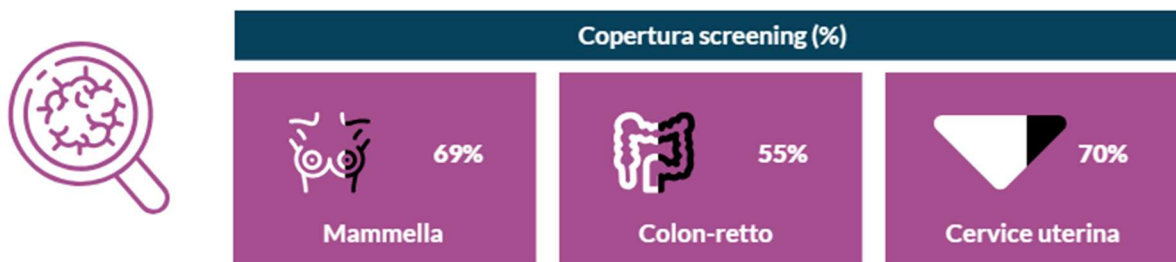


Tabella 27 - Copertura degli screening mammografico, della cervice uterina e del colon retto nell'ultimo triennio.

Programmi di Screening	2022	2023	2024*	Obiettivo Regionale
Copertura Screening mammografico	51,79 %	68%	69%	60 %
Copertura Screening cervice uterina	53,76 %	70%	70%	50 %
Copertura Screening colon retto	57,89 %	61.30%	55%	50 %

* Stima sulla base dei primi 9 mesi

Tabella 28 - Attività di prevenzione SPISAL

SPISAL	2022	2023	2024 (previsione)
Attività produttive sottoposte a controllo di cui:			
cantieri	51,79 %	68%	70%
cantieri per bonifica amianto	53,76 %	70%	70%
aziende agricole	57,89 %	61,30%	60%
Copertura attività produttive soggette a controllo	51,79 %	68%	70%
indagini per infortuni sul lavoro concluse	53,76 %	70%	70%
Inchieste per malattie professionali concluse	57,89 %	61,30%	60%
Visite mediche (A.I.B. volontari antincendi boschivi)	51,79 %	68%	70%

Tabella 29 - Servizio Igiene alimenti e Nutrizione (tra parentesi è riportato il raggiungimento del 100% dei controlli)

Servizio Igiene alimenti e Nutrizione	2022	2023	2024 (previsione)
N. controlli/campioni sugli alimenti di origine vegetale	216	190 (=100%)	183 (100%) + 4 su sospetto
N. controlli/campioni acqua minerale imbottigliamento	36	42	44
N. controlli/campioni su acque destinate al consumo umano	605	579 (100%)	579 (100%)
N. controlli negli esercizi del settore di produzione/ trasformazione/commercializzazione di alimenti vegetali	2.066	1340	>950
N. audit presso ristorazioni pubbliche	12	20/20 (100%)	19/19 (100%)
certificati esportazione alimenti rilasciati dal SIAN	191	290	>190
Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano	133	172	>135
Attività ambulatorio nutrizionale:			
n. prime visite	291	267	300
n. controlli	334	313	241
n. controlli di terapia educativa		36	377

Tabella 30 - Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati (tra parentesi è riportato il raggiungimento del 100% dei controlli)

Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati	2022	2023	2024 (previsione)
Nr. controlli negli stabilimenti di produzione alimenti di origine animale (incl. audit programmati)	213	214	240 (100%)
Piano Nazionale Residui: numero campioni effettuati nei macelli e negli stabilimenti di produzione alimenti di origine animale	153	21	27 (100%)
Piano Regionale Integrato dei Controlli: numero campioni effettuati nelle imprese di produzione e commercializzazione alimenti di origine animale	206	184/184 (100%)	220 (100%)
Nr. ispezioni negli stabilimenti di macellazione	1046	1021	1064
Nr. delle visite ante mortem per macellazione speciale d'urgenza al di fuori del macello	210	115/115 (100%)	120 (100%)

Tabella 31 - Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (tra parentesi è riportato il raggiungimento del 100% dei controlli)

Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	2022	2023	2024 (previsione)
Piano Nazionale Alimentazione animale: campioni	110	120 (=100%)	102/102 (100%)
Piano Nazionale Residui: campioni	151	97 (=100%)	100/100
Piano Nazionale Benessere Animale: controlli	114	116 (=100%)	106/106
Atti certificativi per esportazione	217	259	>380

Tabella 32 - Servizio di Igiene Urbana Veterinario

Servizio di Igiene Urbana Veterinaria	2022	2023	2024 (previsione)
Lotta al randagismo: cattura cani randagi/vaganti (SVIAPZ)	1006	919	>700
Lotta al randagismo: colonie feline sterilizzate (SVIAPZ)	471	720	>437
Nr. movimentazioni anagrafe canina (SVSA) (passaggi proprietà +passaporti+ adozioni)	5780	3882	>3800

Tabella 33 - Servizio Sanità Animale (tra parentesi è riportato il raggiungimento del 100% dei controlli)3

Servizio Sanità Animale	2022	2023	2024 (previsione)
Controlli anagrafe zootecnica: n. allevamenti controllati complessivamente (bovini, suini, ovicapri, equini, apistici)	130/143	120/117	109 (100%)
aziende bovine controllate per anagrafe	37/35 (>100%)	36/34 (>100%)	33 (100%)
aziende ovicaprine controllate per anagrafe	17/16 (>100%)	18/17 (>100%)	15 (100%)
aziende suine controllate per anagrafe (aziende non familiari)	7/5 (>100%)	5/5 (100%)	5 (100%)
aziende equine controllate per anagrafe	69/69 (=100%)	42/42 (100%)	35 (100%)
allevamenti apistici controllati per anagrafe	0/17	19/19 (100%)	21 (100%)
n. capi ovicapri controllati per anagrafe	480/396 (>100%)	433/429 (>100%)	464/460 (>100%)

Tabella 34 - Medicina Legale

Servizio di Medicina Legale	2022	2023	2024 (previsione)
Commissioni invalidi n. sedute effettuate	674	691	780
n. soggetti convocati per accertamenti invalidità	7097	7791	>7900
Commissione Medica Locale Patenti: n. sedute effettuate	48	49	50
n. soggetti valutati per Patenti	2496	2795	3000
Medicina Necroscopica: n. certificati necroscopici	1399	1156	>900 *

1.2.5 Le risorse umane

L'Azienda ULSS 7 si avvale prevalentemente di personale dipendente a tempo indeterminato o determinato. Il personale dipendente al 31.12.2024 è pari a 4.147 unità (teste).

Per quanto riguarda la composizione del personale fra i due generi, il dato complessivo conferma una maggior presenza delle donne, pari al 77% dei dipendenti. Rispetto alla composizione per ruolo, si registra la seguente

distribuzione percentuale, ormai stabile da anni. Si segnala che a partire dal 2023, sulla base di quanto previsto dal CCNL 2019-2021, è presente il nuovo ruolo “Socio-sanitario” che ricomprende due figure professionali precedentemente incluse nel ruolo tecnico (OSS e Assistenti sociali):

	Ruolo Sanitario	Ruolo Socio Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo
Personale dipendente	68,4%	17,4%	4,5%	0,2%	9,5%

Tabella 35 – *Personale Dipendente ULSS 7 Pedemontana al 31/12/2024*

Dipendenti al 31/12/2024		Numero Dipendenti Equivalenti	Numero Dipendenti (Teste)
PERSONALE DIRIGENTE	DIRIGENZA MEDICA	520,7	530
	DIRIGENZA VETERINARIA	27,0	27
	DIRIGENZA SANITARIA	62,6	63
	DIRIGENZA RUOLI PROFESSIONALE/TECNICO/AMMINISTRATIVO (PTA)	23,00	23
	TOTALE PERSONALE DIRIGENZA	633,34	643
PERSONALE COMPARTO	PERSONALE INFERMIERISTICO/OSTETRICO	1.660,2	1.755
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	171,0	175
	PERSONALE DI RIABILITAZIONE	202,9	209
	PERSONALE DI VIGILANZA E ISPEZIONE	77,7	78
	PERSONALE SOCIO SANITARIO (OSS e assistenti sociali)*	692,9	722
	PERSONALE TECNICO	174,5	181
	PERSONALE PROFESSIONALE E AMMINISTRATIVO	367,33	384
TOTALE PERSONALE COMPARTO		3.346,56	3.504
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE		3.979,89	4.147

*ruolo introdotto ex CCNL 2019-2021 entrato in vigore nel 2023

Si rimanda al capitolo 3 per l'approfondimento relativo al capitale umano.

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Vengono qui definiti gli obiettivi strategici e operativi, stabiliti in coerenza con i documenti di programmazione economico-finanziaria, da raggiungere per soddisfare i bisogni di salute di cittadini e comunità, nonché per promuovere il benessere organizzativo e lavorativo e per realizzare le azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza amministrativa.

2.1 Valore Pubblico

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, impegnata nella cura e nel benessere della popolazione, riconosce il valore pubblico come un principio fondamentale nella propria azione quotidiana. L'obiettivo di questa azienda sanitaria è garantire a ciascun cittadino un accesso equo, sicuro e di qualità alle prestazioni sanitarie, rispondendo alle esigenze della comunità e all'evoluzione delle sfide sanitarie globali.

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, in linea con le politiche nazionali e regionali, si fonda su un concetto ampio di "valore pubblico", che va oltre la mera erogazione dei servizi sanitari e abbraccia le sfide dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, con particolare attenzione all'obiettivo di **missione 12: "Garantire modelli di produzione e consumo sostenibili"**. Tale obiettivo si traduce in azioni concrete, in grado di integrare la sostenibilità ambientale e sociale nelle politiche e nei servizi sanitari.

Il "valore pubblico" per l'ULSS 7 Pedemontana è inteso come il risultato di un'azione sanitaria che non solo soddisfa le necessità di cura, ma che contribuisce anche al miglioramento del benessere sociale e ambientale della comunità. L'azienda mira a costruire un sistema sanitario che, oltre a garantire servizi di alta qualità, promuova uno sviluppo sostenibile a lungo termine, tenendo conto degli aspetti ambientali, sociali ed economici.

Il valore pubblico in questo contesto si fonda su tre pilastri principali:

- **Efficacia nella cura e nei servizi:** l'obiettivo è garantire che i cittadini ricevano prestazioni sanitarie tempestive, sicure ed efficaci, riducendo le disuguaglianze di accesso e migliorando la qualità della vita.
- **Sostenibilità ambientale:** integrare pratiche ecologiche nelle operazioni quotidiane dell'azienda sanitaria, riducendo l'impatto ambientale delle strutture sanitarie, dei processi e dei consumi energetici.
- **Responsabilità sociale:** promuovere politiche che incentivino l'inclusione, la solidarietà e l'accesso universale ai servizi sanitari, rispettando i principi di equità e giustizia sociale.

L'ULSS 7 Pedemontana si impegna a perseguire gli obiettivi di valore pubblico attraverso un approccio strategico che comprende i seguenti ambiti d'intervento:

- **Promozione della salute e della prevenzione:** Potenziare i programmi di prevenzione e educazione alla salute per migliorare la consapevolezza della popolazione sui temi della salute, del benessere e della sostenibilità.
- **Sostenibilità e riduzione dell'impatto ambientale:** Allinearsi con gli obiettivi dell'Agenda 2030, missione 12, attraverso l'adozione di politiche aziendali che riducano l'impatto ambientale delle strutture sanitarie, favorendo la riduzione dei rifiuti, il riciclo e l'efficienza energetica. Vengono sviluppate pratiche di approvvigionamento responsabile, con particolare attenzione alla scelta di fornitori che promuovano la sostenibilità. L'Azienda ha infatti ottenuto, per la quinta volta in 6 anni, il *"Premio Compraverde Veneto, edizione 2024"* con cui la Regione Veneto incoraggia e valorizza l'impegno degli Enti Pubblici a privilegiare forniture orientate alla sostenibilità, con specifici accorgimenti nella definizione dei relativi bandi. Il premio è stato conseguito nell'ambito della categoria *"Rivoluzione verde e transizione ecologica"* per i criteri ambientali inseriti all'interno del recente capitolato di gara per l'affidamento della gestione del servizio bar e edicola nell'Ospedale di Bassano.

- **Accessibilità e equità nei servizi sanitari:** Garantire che tutti i cittadini, indipendentemente dal loro status socioeconomico o dalla loro provenienza geografica, possano accedere ai servizi sanitari. L'ULSS 7 Pedemontana si impegna a ridurre le barriere all'accesso e ad attuare politiche di inclusività, con particolare attenzione alle persone vulnerabili.
- **Innovazione digitale e telemedicina:** Potenziare l'uso delle tecnologie digitali, promuovendo l'adozione della telemedicina e dei servizi sanitari a distanza. Queste tecnologie consentiranno una migliore gestione delle risorse, riducendo le necessità di spostamenti fisici e migliorando l'efficienza nella risposta sanitaria.
- **Gestione integrata e collaborativa della salute:** Promuovere un approccio integrato alla cura del paziente, facilitando la collaborazione tra i diversi livelli di assistenza sanitaria, il settore sociale e la comunità. Ciò include il rafforzamento delle reti di assistenza territoriale e la creazione di percorsi di cura personalizzati.

In quest'ottica, il 2025 vedrà la messa a regime del **Progetto di risposta sanitaria "116117"**, come previsto dal DM 77/2022, finalizzato a migliorare l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali a bassa intensità/priorità di cura. Gli obiettivi della Centrale 116117 sono:

- Migliorare l'efficienza e l'efficacia di tutto il percorso assistenziale fornendo un sistema di accesso facilitato rispetto a: cure mediche non urgenti, servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, informazioni, servizi socio-sanitari, servizi sociali ATS (Ambiti Territoriali Sociali), servizi del SERD (Servizio Dipendenze) e DSM (Dipartimento Salute Mentale), servizi Sanitari da parte del Turista;
- Ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso;
- Garantire ai cittadini una presa in carico certa.

La prima fase del progetto, in fase di sperimentazione, è stata realizzata con l'avvio in data 18.12.2024 del numero unico 116117 nell'ambito del Distretto 1 di Bassano del Grappa.

In un'ottica di inclusione della dimensione della qualità percepita dal punto di vista del cittadino come dimensione della qualità a tutti gli effetti si collocano le iniziative nell'ambito del progetto regionale 'La tua voce per una sanità migliore': tale progetto, a regia regionale, comprende un insieme di iniziative, che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità. L'azienda Ulss7 Pedemontana aderisce a tale progetto e ha attivato sul proprio territorio le seguenti iniziative:



Progetto **Indagine di Clima Organizzativo**: consiste nella realizzazione di indagini rivolte ai dipendenti delle Aziende Sanitarie, per una valutazione della qualità dal punto di vista interno sul clima delle Aziende; l'ultima edizione dell'indagine, svoltasi nel 2022, ha dato modo all'Azienda di evidenziare punti di forza e di debolezza e di attuare, nel corso del 2024 azioni di presa in carico per il miglioramento delle criticità. Nel corso del 2025 verrà riproposta una nuova edizione dell'indagine di clima interno;

Progetto **PREMs Ospedale** (Patient Reported Experience Measures): consiste nella realizzazione di un'indagine continuativa su tutti i pazienti ricoverati in ospedale, per una valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino con esperienza di ricovero; l'aspetto continuativo dell'indagine consente di individuare periodicamente gli ambiti di miglioramento e di verificare gli effetti delle azioni migliorative messe in atto;



Progetto **PREMs Territorio e Cronicità**: consiste nella realizzazione di un'indagine continuativa su tutti i pazienti con patologie croniche che si rivolgono all'Azienda Ulss per una prestazione specialistica.

Per tutte queste indagini l'Azienda Ulss7 Pedemontana ha costituito gruppi di lavoro permanenti con il compito di monitorare l'andamento delle attività ma con l'intento specifico di utilizzare le informazioni raccolte traducendole in azioni di miglioramento per il servizio offerto ai cittadini.

Il valore pubblico non può prescindere dal coinvolgimento attivo delle risorse umane. In questo contesto, l'ULSS 7 Pedemontana prevede una continua formazione e aggiornamento del personale sanitario e amministrativo, affinché possa operare in un ambiente che promuova l'innovazione, la sostenibilità e l'inclusività. Verrà inoltre data particolare rilevanza alla tematica della sicurezza degli operatori sanitari e alla **prevenzione delle aggressioni** con una serie di proposte di miglioramento quali:

- Presidio fisso H24 di personale di vigilanza;
- Potenziamento del sistema di sorveglianza nei punti dove possano servire a protezione delle persone;
- Potenziamento dei sistemi di allarme, da strutturare con un preciso protocollo di intervento all'interno delle strutture;
- Regolamenti specifici in ogni sede con orario di apertura ridotto strettamente alle fasi di attività, con mappatura e messa in sicurezza di tutti i punti di ingresso e definizione di apertura e chiusura degli stessi;
- Stipula o aggiornamento delle convenzioni con i Comuni per l'erogazione delle sanzioni relative ai mezzi di sosta su spazi vietati.

L'ULSS 7 Pedemontana, nel quadro del PIAO 2025-2027, si impegna a costruire una sanità più efficiente, equa e sostenibile, che crei un valore pubblico tangibile per la comunità. Con l'adozione di politiche orientate alla qualità dei servizi, alla sostenibilità ambientale e all'accesso universale alle cure, l'azienda sanitaria risponde non solo alle esigenze immediate di salute, ma anche alla sfida di un futuro più verde e più inclusivo. L'attuazione delle politiche di valore pubblico sarà costantemente monitorata, con l'obiettivo di garantire che ogni azione intrapresa contribuisca al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030.

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico, l'ULSS 7 Pedemontana stabilirà indicatori di performance chiari e misurabili. Il monitoraggio costante delle azioni intraprese sarà fondamentale per misurare l'efficacia e l'impatto delle politiche implementate. Si rinvia pertanto alle successive trattazioni, dove sono riportati puntualmente risultati attesi, obiettivi e misure, derivanti dalle linee strategiche direttamente impattanti sul soddisfacimento dei bisogni di salute e sull'erogazione dell'assistenza e da quelle indirette, funzionali al sistema, (trasparenza e comunicazione, prevenzione della corruzione, organizzazione e sviluppo delle risorse umane).

2.2 Performance

La performance è un concetto centrale nella programmazione e controllo aziendale, introdotto dal D.Lgs. 150/2009 e s.m.i., che assume il significato di contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita. Ne precede pertanto l'individuazione degli obiettivi, strategici ed operativi, ne consegue la verifica dei risultati e la misurazione e valutazione della *performance*, intesa come:

- performance *aziendale*, con la definizione degli obiettivi strategici aziendali, prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici assegnati dalla Regione e relativa misurazione del loro raggiungimento,
- performance *organizzativa*, ossia a livello di singola Unità Operativa (di seguito U.O.) quali Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo Centro di Responsabilità, a cui sono assegnati obiettivi operativi derivanti dalla programmazione strategica;
- performance *individuale*, ossia dei singoli dipendenti, afferenti sia alle aree contrattuali della dirigenza che a quella del comparto.

I processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono pertanto sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa, integrandosi con la valutazione della performance individuale, effettuata secondo procedure e criteri concordati con le Organizzazioni Sindacali, ai fini del riconoscimento della premialità.

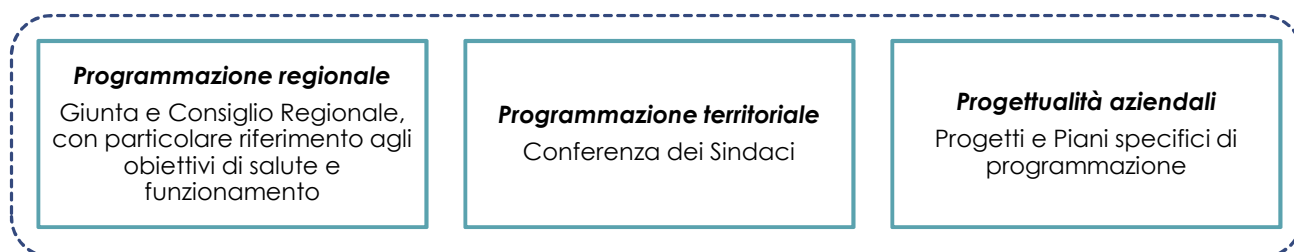
Il sistema di misurazione e valutazione della performance è collegato a precisi ambiti di valutazione che contemplano le aree di attività secondo una gerarchia che parte dall'ambito prioritario, corrispondente alla *mission* dell'organizzazione (la soddisfazione dei bisogni di salute), cui seguono altri ambiti strumentali al principale (organizzazione, risorse, processi, prodotti, qualità).

In tal senso, questo è strettamente collegato alla necessità di creare valore pubblico. È importante, infatti, che la valutazione delle performance sia condotta nell'ottica di miglioramento dei servizi offerti e avendo cura di tutti gli elementi di cui si compone il valore pubblico.

2.2.1 La pianificazione strategica

In stretta sinergia con la programmazione nazionale e regionale, l'Azienda adotta un sistema integrato di pianificazione strategica, programmazione operativa e monitoraggio finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali per la tutela della salute e del benessere dei cittadini, attraverso una gestione integrata dei servizi e secondo l'approccio del miglioramento continuo.

La pianificazione strategica si concretizza negli obiettivi strategici pluriennali di significativa rilevanza per tutti gli ambiti aziendali, che recepiscono le indicazioni provenienti da più fonti:



La valutazione complessiva dei risultati dell'attuazione della **programmazione regionale**, volta a garantire la qualità dei servizi offerti ai cittadini nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del SSR, è in capo alla Giunta e al Consiglio regionale. In particolare, la DGR del Veneto n. 2172/2016 dispone che le Aziende ULSS siano valutate in relazione:

- alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: peso 60% (fino ad un massimo di 60 punti);
- al rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: peso 20% (fino ad un massimo di 20 punti);
- alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi sociosanitari sul territorio delle aziende ULSS: peso 20% (fino ad un massimo di 20 punti). Quest'ultima valutazione è in capo alla Conferenza dei Sindaci

Nel complesso, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR, vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70% in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalla sopracitata DGR n. 2172/2016.

Con riferimento agli obiettivi assegnati dalla Quinta Commissione Consigliare, nelle more di un nuovo provvedimento regionale, si ritiene che rimangano momentaneamente validi gli obiettivi comunicati con nota regionale prot.301949 del 05.06.2023 per il biennio 2023-2024, in relazione alla competenza delle valutazioni dei Direttori Generali delle Aziende/Istituti SSR. Con nota prot. interno 52393 del 19.06.2023 sono stati individuati i

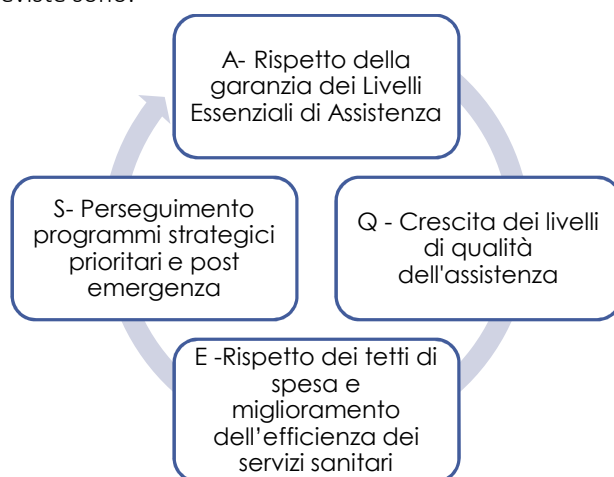
referenti aziendali per il monitoraggio e la rendicontazione dei suddetti obiettivi, che verranno aggiornati con riferimento all'eventuale nuovo provvedimento.

Per quanto riguarda la valutazione da parte della Giunta Regionale sono stati approvati con la DGR 1557 del 30.12.24 gli obiettivi e indicatori di salute e funzionamento fissati per il 2025; il provvedimento si colloca in continuità con il precedente nell'impostazione generale, con alcune peculiarità.

Il nuovo provvedimento monitora 22 obiettivi e 57 indicatori, confermando sostanzialmente l'impegno richiesto alle Aziende Ulss.

Una ulteriore importante conferma riguarda inoltre la declinazione degli obiettivi per Area Strategica, che integra la già presente classificazione per ambito Lea (Ospedale, Territorio, Prevenzione, Processi di supporto).

Le 4 Aree Strategiche previste sono:



Per quanto riguarda le peculiarità della DGR 1557/24 è utile mettere in evidenza un riequilibrio parziale nella distribuzione del punteggio. Nel 2025 rimane importante il peso attribuito agli indicatori di miglioramento dei tempi di attesa (20% de punteggio) e si registra un aumento del peso attribuito agli indicatori che misurano il rispetto dell'equilibrio economico e dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.

Si riportano di seguito, in sintesi, i contenuti degli obiettivi e indicatori afferenti alle 4 aree strategiche.

Area S - Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

In quest'area sono ricompresi i già citati obiettivi relativi al rispetto dei tempi di attesa, che per il 2025 reintroducono il monitoraggio dei tempi di attesa per intervento chirurgico oltre che per prestazioni di specialistica ambulatoriale, con indicatori di monitoraggio di:

- rispetto dei tempi di erogazione per prestazioni traccianti con classe di priorità B-D-P
- Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico
- % di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per le classi di priorità "A" e "B"

Per gli indicatori relativi ai tempi di attesa ambulatoriali le modalità di monitoraggio e governo saranno dettate alle indicazioni trimestrali della Cabina di regia regionale.

L'attenzione regionale si traduce quindi in indicatori che misurano gli sforzi per garantire l'erogazione ai cittadini delle prestazioni e il miglioramento della capacità di intercettare la domanda di salute della popolazione con il rispetto delle classi di priorità.

Rientrano in quest'area, altresì, gli indicatori di monitoraggio delle attività connesse all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). L'obiettivo prioritario del 2025 per la Missione 6 "Salute" è rappresentato dalla realizzazione nel territorio

aziendale di 8 *Case della Comunità* (hub), quali strutture sociosanitarie al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, secondo un modello multidisciplinare.

Se nel 2023 sono stati sottoscritti tutti i contratti per la progettazione esecutiva e la realizzazione, e il 2024 ha rappresentato l'anno di avvio dei lavori per tutte le sedi (per due Case della Comunità, di Malo e Arsiero, sono già ultimati i lavori), comprese quelle di nuova costruzione (Bassano e Romano d'Ezzelino), il 2025 rappresenta un anno di prosecuzione per tutti i cantieri avviati, nel rispetto del cronoprogramma previsto.

All'interno della Missione 6 del PNRR rientra, inoltre, lo sviluppo delle *Centrali Operative Territoriali* (COT) quali strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Il Piano regionale di attuazione prevede quattro COT per l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, tutte attivate nel 2024 sia per la COT Hub di Bassano del Grappa che per le tre COT spoke di Thiene, Schio e Asiago.

Ulteriore ambito di sviluppo concerne gli *Ospedali di Comunità* (ODC), quali strutture sanitarie di ricovero della rete di assistenza territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. È prevista nel territorio dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana l'attivazione di 3 ODC, ovvero ODC di Bassano del Grappa (24 posti letto), ODC di Asiago (10 p.l.), per i quali i lavori sono stati avviati nel corso del 2024, e ODC di Santorso (15 p.l.).

Infine, rientra tra gli interventi finanziati dal PNRR Missione 5-Componente 2-Investimento 2.3 ("Inclusione e Coesione - Infrastrutture sociali, famiglie comunità e 3° settore - Programma innovativo per la qualità dell'abitare") la riqualificazione di parte del complesso "*Prospero Alpino*" a Marostica, di proprietà dell'ULSS 7 Pedemontana, nell'ambito del progetto "PINQUA". Il progetto prevede da una parte la ristrutturazione del fabbricato "A" che sarà adibito ad abitazioni dotate di servizi di base e spazi comuni per l'aggregazione e dall'altra la demolizione integrale del fabbricato "C-D" e la nuova costruzione di 5 abitazioni indipendenti in grado di ospitare persone affette da Alzheimer. Anche per questo progetto, i lavori sono iniziati nel corso dell'anno 2024 e proseguiranno nel 2025.

Un'importanza rilevante assume per l'anno 2025 l'obiettivo di attuazione del DM77/2022 con la riorganizzazione dei servizi territoriali secondo il modello previsto. Il DM 77 stabilisce di rafforzare il sistema di assistenza sul territorio, promuovendo la creazione di strutture intermedie e facilitando l'integrazione tra ospedale e territorio; nel 2025 il provvedimento verrà progressivamente attuato con la definizione dei nuovi modelli assistenziali da collocare innanzitutto all'interno delle nuove case della comunità. In stretto collegamento con la riorganizzazione territoriale si colloca anche un obiettivo di nuovo inserimento legato allo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Territoriale, per il quale le Aziende sono chiamate al rispetto delle indicazioni regionali che verranno fornite nel corso dell'anno.

Per il 2025 rientrano negli obiettivi valutati all'interno della missione 6 del PNRR anche le attività connesse a:

- Fascicolo sanitario elettronico (alimentazione, comunicazione e formazione)
- SIO (digitalizzazione dei DEA di I e II livello)
- ADI e Telemedicina

Infine, il nuovo provvedimento introduce un obiettivo di attuazione relativamente al Piano regionale di contrasto alla carenza di personale, con attenzione anche agli aspetti di criticità identificati nel Piano come gli aspetti relativi alle dimissioni inattese e supporto psicologico.

Area A - Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

Rientrano in quest'area gli indicatori di misurazione della performance secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), quale strumento di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) operativo dal 1° gennaio 2020. Il Nuovo Sistema di Garanzia si basa su 88 indicatori, tra i quali vengono definiti gli indicatori "core" in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. La lista di indicatori "core" è sottoposta annualmente all'approvazione del Comitato LEA. La Regione Veneto monitora gli indicatori "core" e indicatori "no-core", differenziati per Azienda e declinati in indicatori di:

- *miglioramento* (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui ogni Azienda presenta criticità. Per il 2025 ad ogni Azienda è stato assegnato 1 indicatore di miglioramento per ogni ambito LEA.
- *mantenimento* (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui l'Azienda non presenta criticità ma deve mantenere i livelli di performance raggiunti. In questo ambito sono raggruppati un numero sempre più elevato di indicatori, per il 2025 sono 35 in totale divisi negli ambiti distrettuale (9 indicatori), prevenzione (15 indicatori), ospedaliero (11 indicatori).

Per l'Azienda Ulss7 si registrano alcune modifiche tra gli indicatori di miglioramento:

- per l'area prevenzione l'attenzione è rivolta alla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (la copertura vaccinale per MPR è inserita per il primo anno tra gli indicatori di mantenimento)
- per l'area distrettuale l'indicatore riguarda la percentuale di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative
- per l'area ospedaliera l'indicatore riguarda l'applicazione del PDTA dello scompenso, con la richiesta di monitoraggio dell'aderenza al trattamento con beta-bloccanti.

Gli indicatori di mantenimento sono la batteria di indicatori più numerosa, soprattutto per quanto riguarda l'area ospedaliera: sono inseriti in quest'area anche alcuni indicatori di monitoraggio dell'applicazione dei PDTA regionali per patologie oncologiche.

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

Dal punto di vista dell'efficienza e sostenibilità del sistema, in tale Area sono declinati gli obiettivi di rispetto dei tetti di spesa in materia di beni sanitari e Personale, nonché indicatori di efficientamento dei processi amministrativi.

L'incertezza sul fronte delle risorse economiche e finanziarie a disposizione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 (mentre è in corso di approvazione l'intesa di riparto del FSN 2024), nonché la situazione di disequilibrio economico consolidato prospettico per un importo di circa -135,5 milioni di euro, comportano di porre particolare attenzione alla sostenibilità economico-finanziaria del SSR.

Con nota del 10/12/2024 prot. n. 627725 la Regione Veneto Area Sanità e Sociale ha accolto senza necessità di rimodulazione la proposta di bilancio economico preventivo 2025 dell'Azienda ULSS7 Pedemontana con il **risultato d'esercizio di € -55.774.021,62**, poiché le previsioni di aumento del costo della produzione e delle imposte e tasse sono state mantenute entro il tetto dell'1,5%.

Questa assegnazione ha comportato un cambiamento significativo nelle modalità di monitoraggio, privilegiando un approccio programmatico rispetto a una mera analisi a consuntivo. Il cambiamento introdotto segna un'evoluzione nel modello di monitoraggio del bilancio, passando da una logica prevalentemente consuntiva a un approccio programmatico e proattivo. In passato, il controllo della spesa avveniva principalmente a consuntivo, attraverso la verifica ex post delle risorse impiegate e dei risultati economici conseguiti. Tuttavia, alla luce del nuovo scenario finanziario e del limite assegnato, diventa fondamentale adottare un sistema di programmazione dei costi preventivo e strutturato. Questa nuova impostazione impone la necessità di definire con maggiore precisione, già in fase di programmazione, l'allocazione delle risorse e i relativi impatti economici, garantendo un governo più puntuale e consapevole della spesa. L'obiettivo è assicurare che le scelte gestionali siano orientate alla sostenibilità economica, evitando scostamenti significativi rispetto al limite stabilito e favorendo un monitoraggio costante della performance economica.

Nel 2025 proseguiranno le azioni di appropriatezza per un uso efficiente delle risorse, nonché l'adozione e il miglioramento di strumenti di monitoraggio per l'analisi dei fenomeni sanitari e il governo dei costi. A tal fine è stata costituita nel 2024 una *Cabina di Regia di monitoraggio della costosità*, articolata in sottogruppi di lavoro

multidisciplinari tematici, la cui attività è finalizzata al miglioramento della costosità aziendale con governo dei costi e dei contratti garantendo la qualità dei servizi. Le attività avviate saranno ulteriormente sviluppate nel 2025.

Area Q - Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

Nell'area Q sono riportati gli obiettivi specifici da perseguire ai fini del miglioramento della qualità dei servizi.

Gli obiettivi sono trasversali agli ambiti Lea. Le principali aree di monitoraggio riguardano:

- Ospedale: miglioramento dei processi di assistenza, con specifico riferimento alla chirurgia oncologica (concentramento attività su strutture con adeguata soglia di volume), area pronto soccorso, area trapianti, area trasfusionale;
- Territorio: miglioramento dei processi di assistenza, con specifico riferimento alla presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative, al tasso di personale destinato all'assistenza territoriale, all'area salute mentale, allo sviluppo di attività di telemedicina. Attenzione particolare è destinata, per i servizi sociali e sociosanitari, alle attività aziendali imputate al bilancio sociale e all'applicazione della DGR 465/24 relativa all'attivazione della sperimentazione per il finanziamento a budget delle presenze degli enti gestori dei centri di servizio per persone di norma anziane non autosufficienti e valorizzazione del case mix.
- Prevenzione: gli indicatori di crescita dei livelli di qualità dell'assistenza per l'area prevenzione riguardano il Piano Pandemico Influenzale, le coperture vaccinali in specifici gruppi target (anziani), l'implementazione della rete regionale dei comuni attivi, la completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (nuovo)
- Processi di supporto: in quest'area rientrano 10 indicatori facenti capo a tre macro-obiettivi:
 - o Miglioramento dell'efficienza dei processi di supporto
 - o Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro
 - o Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva

Ulteriori obiettivi prioritari aziendali

Oltre alle tematiche indicate nelle suddette Aree strategiche relative agli obiettivi assegnati dalla Regione, la programmazione aziendale per il 2025 dal punto di vista degli obiettivi aziendali discende direttamente da una importante novità metodologica alla base della programmazione.

Con nota del 5.11.2024, la Regione Veneto ha richiesto alle Aziende Sanitarie un'azione di contenimento della crescita dei costi entro un tasso percentuale di incremento medio pari a 1,5% in linea con le previsioni di medio periodo dei documenti nazionali di programmazione finanziaria. Pertanto, le Aziende sanitarie sono state tenute a presentare un conto economico previsionale, per il 2025, agendo sulle voci di ricavo e di costo modificabili, inderogabilmente entro i limiti di risultato del CE quantificati e comunicati da Azienda Zero, in ipotesi di produzione sanitaria e socio-sanitaria invariata rispetto al BEP 2024 (aggiornato ad agosto 2024). Per l'Azienda Ulss7 Pedemontana con nota reg 110325 del 10.12.2024 è stata accolta la proposta di un risultato economico programmato pari a € -55.744.021,62, tenuto conto che il rispetto del costo della produzione è inferiore all'1,5%.



La sfida per l'Azienda Ulss7 Pedemontana è pertanto di assicurare l'efficienza dei servizi, garantendo qualità e equità nell'accesso alle cure, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità del sistema.

Questa impostazione rappresenta un capovolgimento di prospettiva nell'impostazione della programmazione 2025 perché ne discende che il risultato economico non è più il risultato della programmazione aziendale in termini di produttività, attività, spesa ecc. ma rappresenta il punto di

partenza da cui far discendere una programmazione accurata relativamente all'attività derivante da un efficace impiego di risorse assegnate.

Gli obiettivi strategici derivano quindi dalla messa in campo di tutti gli strumenti di governo delle risorse e di efficientamento nell'utilizzo delle stesse.

Le aree di azione all'interno delle quali, secondo questa impostazione basilare, si collocheranno gli obiettivi aziendali si possono ricondurre a:

- ⇒ Sviluppo modello assistenza territoriale secondo il DM 77/2022
- ⇒ Efficienza Economica e Logistica
- ⇒ Innovazione continua e reingegnerizzazione (per la sostenibilità e l'efficienza in sanità)
- ⇒ Sviluppo e valorizzazione professionale delle risorse umane



Sviluppo modello assistenza territoriale secondo il DM 77/2022

Nel contesto del rafforzamento del sistema di assistenza territoriale, in conformità al D.M. 77/2022, sono in corso attività di sviluppo finalizzate all'implementazione di modelli organizzativi innovativi e al potenziamento delle infrastrutture. Il D.M. 77 stabilisce l'importanza di rafforzare il sistema di assistenza sul territorio, promuovendo la creazione di strutture intermedie, come le Case della Comunità, e facilitando l'integrazione tra ospedale e territorio.

In linea con queste indicazioni, l'Azienda ULSS 7 Pedemontana sta lavorando per l'apertura delle nuove Case della Comunità, che rappresentano un punto di riferimento centrale per garantire la prossimità delle cure, la presa in carico globale dei pazienti e l'integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari. Queste strutture, pensate per accogliere équipe multidisciplinari e per offrire un accesso semplificato ai servizi, costituiscono un pilastro fondamentale dell'assistenza territoriale innovativa delineata dal decreto.

Obiettivo prioritario per l'Azienda è migliorare la presa in carico globale e continua del paziente, attraverso la valorizzazione delle équipe multidisciplinari, la digitalizzazione dei processi sanitari e il coordinamento tra i diversi attori del sistema sanitario. L'implementazione di questo modello richiede un forte coordinamento tra istituzioni sanitarie, una continua formazione del personale e l'adozione di innovazioni tecnologiche per ottimizzare la gestione delle risorse e migliorare la qualità dell'assistenza.

In tale contesto si inserisce, altresì, lo sviluppo del progetto sperimentale «NEA 116117» nel territorio dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana, in particolare nel Distretto 1 di Bassano del Grappa. Il progetto mira a mettere a disposizione

dei cittadini un unico riferimento telefonico per tutte le attività territoriali a carattere sanitario, socio-sanitario e informativo non urgente, fungendo anche da punto di contatto e integrazione con il sistema territoriale delle Cure Primarie.

Il progetto, avviato il 18 dicembre 2024, sarà testato e sviluppato per garantire la successiva diffusione del servizio su tutto il territorio regionale, contribuendo ulteriormente alla trasformazione e al miglioramento del sistema di assistenza territoriale.

Efficienza economica e logistica

Come illustrato nel paragrafo relativo agli obiettivi regionali dell'Area E, per l'anno 2025 l'Azienda ha come obiettivo prioritario il rispetto del risultato di esercizio di € -55.774.021,62. L'Azienda pone pertanto l'attenzione sulla necessità di un uso attento delle risorse in termini di *efficientamento nell'utilizzo delle risorse economiche*, attraverso l'ottimizzazione delle risorse a disposizione, con analisi puntuali in merito all'introduzione di nuove progettualità o alla modifica di attività in corso, la piena e tempestiva adesione ai lotti di gara regionale e nazionale, la gestione puntuale ed efficiente delle scorte di magazzino e l'utilizzo accurato di tutta la strumentazione di lavoro (locali, apparecchiature, materiali di consumo).



In quest'ottica, e con l'obiettivo di migliorare la costosità aziendale con governo dei costi e dei contratti garantendo la qualità dei servizi, l'Azienda Ulss7 Pedemontana ha avviato nel 2024 un *Progetto di monitoraggio della costosità aziendale*. Il progetto mira a ottimizzare l'analisi e la gestione della costosità attraverso la creazione di una Cabina di regia centralizzata, incaricata di coordinare e monitorare l'attività di sottogruppi di lavoro multidisciplinari dedicati.

CABINA DI REGIA MONITORAGGIO AMBITI DI COSTOSITA'

01. GDL MONITORAGGIO ADESIONE GARE REGIONALI E RIDUZIONE ECONOMIE DM Dott.ssa <u>Berno</u> UOC Provveditorato	02. GDL DISPOSITIVI MEDICI Dott.ssa <u>Mosele</u> UOC Farmacia	03. GDL MONITORAGGIO FARMACI ONCOEMATOLOGICI Dott. <u>Conte</u> UOC Farmacia	04. GDL MONITORAGGIO FARMACI BIOLOGICI Dott.ssa <u>Marcon</u> UOSD Appr. prescrittiva	05. GDL MONITORAGGIO AUSILI MONOUSO Dott.ssa <u>Cogato</u> UOC Assist. Farmaceutica
06. GDL ANALISI RISORSE NELLE DIVERSE MODALITA' DI ACQUISIZIONE Dott.ssa <u>Baldassin</u> UOC Risorse Umane	07. GDL MONITORAGGIO LIMITI DI COSTO DEL PERSONALE Dott.ssa <u>Castellan</u> UOC Risorse Umane	08. GDL CONSUMI ENERGIA ELETTRICA E RISCALDAMENTO Ing. <u>Panizzo</u> UOC Servizio Tecnico	09. GDL MONITORAGGIO COSTOSITA' RESIDENZIALITA' MINORI Dott.ssa <u>Salviato</u> UOC IAF D1	10. GDL MONITORAGGIO COSTOSITA' AREA SALUTE MENTALE Dott.ssa <u>Stefani</u> UOSD Riab. residenziale
11. GDL MONITORAGGIO COSTOSITA' DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA Dott. <u>Perri</u> UOSD per il Sociale	12. GDL MONITORAGGIO DM EMODINAMICA/ ELETTROFISIOLOGIA/CHIR. VASCOL. Dott.sse <u>Pilotto/Filippin</u> UOC Farmacia Prot. 77484 29.08.2024	13. GDL ASSISTENZA PROTESICA Dott. <u>Lain</u> UOC Assist. Farmaceutica Prot. 64665 15.07.2024		

La Cabina di regia ha il compito di definire le priorità, uniformare le metodologie di analisi e garantire una visione strategica integrata. I sottogruppi di lavoro, composti da figure professionali con competenze cliniche, amministrative e tecniche, sono organizzati per specifici ambiti di spesa, come farmaci, dispositivi medici, risorse umane e servizi esternalizzati. Questo approccio strutturato consente di identificare aree critiche, promuovere interventi mirati per ridurre le inefficienze e migliorare l'utilizzo dei fattori produttivi, contribuendo alla sostenibilità economica dell'Azienda sanitaria e al mantenimento di alti standard qualitativi nei servizi offerti.

Inoltre, nell'ambito del progetto di monitoraggio della costosità, è prevista una forte attenzione alla sostenibilità ambientale, con l'individuazione, da parte di alcuni gruppi di lavoro nominati, di comportamenti virtuosi finalizzati alla riduzione dell'impatto ambientale.

Per quanto riguarda l'ambito della **logistica**, nel corso del 2024 sono state avviate e completate importanti iniziative di omogeneizzazione e informatizzazione dei processi di richiesta e distribuzione di beni sanitari e non sanitari. Tra i risultati più significativi si annoverano:

- la completa informatizzazione dei conti deposito presso i presidi ospedalieri di Santorso e Bassano;
- la significativa riduzione dell'utilizzo di modulistica cartacea per le richieste di beni economici, con una quasi totale transizione al formato digitale;
- la creazione di un deposito dedicato al blocco operatorio dell'ospedale di Bassano.

Un ulteriore passo avanti è stato rappresentato dall'accorpamento dei magazzini economici, che ha già prodotto effetti positivi, come la riduzione delle risorse impiegate e delle scorte di magazzino.

L'azienda ha inoltre svolto un ruolo pilota nell'introduzione del nuovo applicativo "Logical", che ha rivoluzionato le modalità di richiesta dei beni da parte dei reparti e delle unità operative, migliorando l'efficienza e l'esperienza degli utenti.

Nel 2025, l'attenzione sarà rivolta al consolidamento dei risultati ottenuti e alla stabilizzazione dei processi implementati, con un approccio orientato al miglioramento continuo. Le principali aree di intervento comprenderanno:

- l'implementazione del codice UDI (Unique Device Identification) per i dispositivi medici (DM), con il supporto dei sistemi informativi e della farmacia, per valutarne i benefici e migliorare la tracciabilità;
- la progressiva informatizzazione del conto deposito presso il presidio di Asiago, in collaborazione con i sistemi informativi, la farmacia e la direzione medica di afferenza;
- la progettazione di un sistema omogeneo per la gestione dei beni di sala operatoria, mirato a garantire una tempestiva e puntuale correlazione tra il consumo di dispositivi impiantabili e i singoli interventi chirurgici;
- la partecipazione alle iniziative di logistica regionale, finalizzate all'attuazione del progetto di riorganizzazione del processo di approvvigionamento centralizzato dei farmaci, in linea con le indicazioni della seduta CRITE del 12 settembre 2024 (nota CRITE prot. 0487077 del 23/09/2024) e della DGR n. 72/2024.

Innovazione continua e reingegnerizzazione (per la sostenibilità e l'efficienza in sanità)

Il Sistema sanitario nazionale e regionale si trova oggi a dover affrontare alcune sfide decisive. Da un lato l'evoluzione continua del quadro epidemiologico, che richiede cambiamenti veloci, dall'altro un contesto caratterizzato dalla limitatezza di risorse e dal doveroso contenimento dei costi, come già descritto in premessa al presente paragrafo.



Fondamentale è quindi cercare nuovi modelli di servizi centrati sulla persona in grado di ottenere una decentralizzazione delle sedi tradizionali di erogazione, ma anche nuove tecnologie che consentano diagnosi precoci, promozione della salute, terapie e cure sempre più efficaci.

Attraverso l'adozione di soluzioni tecnologiche avanzate, la revisione delle modalità organizzative e la valorizzazione delle risorse umane, l'Azienda mira a migliorare l'accessibilità, la qualità e la tempestività dei servizi erogati,

In questa ottica, assume particolare rilevanza lo sviluppo di soluzioni innovative, come la **telemedicina**, che consente agli operatori sanitari di assistere pazienti ovunque essi siano, migliorando la capacità di diagnosi e cura personalizzata grazie alla condivisione in sicurezza dei dati clinici attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Sviluppo e valorizzazione professionale delle risorse umane

Le politiche di pianificazione e *sviluppo del personale* assumono un'importanza fondamentale per l'Azienda Ulss7 Pedemontana, data la complessità e la rilevanza dei servizi erogati e dal sistema prevalentemente caratterizzato da contributi clinici, tecnologici e professionali. In questo ambito risulta indispensabile e strategico promuovere e investire nella definizione di percorsi di formazione e aggiornamento di qualità rivolti a tutti i livelli professionali, ponendo



particolare attenzione allo sviluppo di competenze del middle e top management nonché alla valorizzazione del personale con rispetto degli istituti contrattuali.

Obiettivo aziendale che l'Azienda sta perseguendo nell'ultimo triennio è la diffusione della cultura di *Project management* attraverso un approccio strutturato alla gestione dei progetti, con coinvolgimento trasversale di diverse figure professionali interessate e la definizione chiara delle fasi di gestione del progetto (avvio, pianificazione, controllo, esecuzione, chiusura). Già nell'ultimo triennio sono stati sviluppati progetti specifici, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto l'avvio di gruppi multidisciplinari (gruppi di lavoro/cabine di regia).

L'USS 7 Pedemontana si impegna, inoltre, a promuovere interventi volti non solo a superare le disparità di genere tra lavoratrici e lavoratori, ma anche a migliorare il benessere organizzativo complessivo. Il 2023 ha visto il rinnovo del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG) che è stato nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 2043 del 1 dicembre 2023. Per il 2025 le linee programmatiche del CUG avranno come obiettivo quello di ampliare le competenze dei componenti ai fini di allargare il campo di attività del CUG con l'attenzione alla gestione dello stress lavoro correlato (con formazione di figure professionali atte alla gestione della problematica), alle innovative tematiche della medicina di genere e al rinnovato impegno per il contrasto a ogni discriminazione.

In quest'ambito rientrano anche le attività legate alla gestione dell'indagine di *clima organizzativo*: nel corso del 2024 i dati relativi all'ultima indagine sono stati utilizzati per mettere in atto iniziative di miglioramento legate alle criticità emerse; nel 2025 gli obiettivi legati a questa attività riguarderanno la realizzazione della nuova edizione dell'indagine di clima organizzativo e la lettura, analisi e presa in carico delle informazioni raccolte

2.2.2 Obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l'equilibrio di genere

L'USS 7 Pedemontana si impegna a promuovere interventi volti non solo a superare le disparità di genere tra lavoratrici e lavoratori, ma anche a migliorare il benessere organizzativo complessivo e a sviluppare una cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità sia all'interno dell'ente che nella comunità.

Le azioni del CUG aziendale mirano a:

1. Garantire l'assenza di qualunque forma di violenza fisica, morale e psicologica e di discriminazione diretta e indiretta relativa a qualsiasi forma di diversità;
2. Favorire un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo, e di contrasto a qualsiasi forma di discriminazione;
3. Creare le condizioni per consentire ai dipendenti di esprimere al massimo le loro potenzialità nel perseguire la missione dell'azienda;
4. Favorire politiche di conciliazione tra responsabilità familiari e professionali.

Nel 2024, le iniziative che il CUG ha messo in atto sono state molteplici, tra cui:

- a) l'organizzazione del convegno "Medicina di Genere: una medicina a misura di ogni persona" con la partecipazione della prof.ssa Giovannella Baggio, riconosciuta a livello nazionale come punto di riferimento per la Medicina di Genere;
- b) l'adesione alla campagna ONU UN Women "Orange the world", attraverso una serie di iniziative di sensibilizzazione rivolte alla popolazione e ai dipendenti sul tema della violenza di genere;
- c) collaborazione con il Gruppo di lavoro aziendale sul Benessere Organizzativo; condivisione organizzazione corso di formazione "La comunicazione come strumento del benessere organizzativo".

Per il 2025, le linee programmatiche sono così riassunte:

	TEMA	TITOLO	DESCRIZIONE INTERVENTO	DESTINATARI
1	Sviluppo delle competenze dei componenti CUG	Formazione dei componenti CUG	Organizzazione di una formazione tenuta dalla Consigliera di Parità provinciale per lo sviluppo delle competenze dei componenti CUG	Componenti CUG
2	Promuovere il benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro-correlato	Formazione psicologi interni Formazione personale dipendente	Organizzazione di un corso di formazione per psicologi interni all'azienda su tecniche di gestione dello stress lavoro-correlato Organizzazione di corsi di formazione su tecniche per la gestione dello stress lavoro-correlato rivolti al personale dipendente, tenuti da psicologi interni all'azienda precedentemente formati	Tutto il personale dipendente
3	Contrasto alle discriminazioni	Orange the world Incontri Consultori/ Centri Antiviolenza	Adesione alla campagna ONU UN Women "Orange the world" Organizzazione di incontri con i Consultori/Centri Antiviolenza	Tutto il personale dipendente
4	Promuovere la cultura di genere	Formazione sulla Medicina di Genere	Organizzazione di un corso di formazione sulla Medicina di Genere che coinvolga anche i Medici di Medicina Generale	Personale dipendente e Medici di Medicina Generale

Per il 2025 è previsto un incontro formativo con la Consigliera di parità provinciale rivolto ai componenti CUG con lo scopo di aumentare la consapevolezza delle competenze e dei confini entro i quali il CUG ha compito di operare.

Per il tema inerente alla promozione del benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro-correlato, si intende organizzare una formazione rivolta a tutti gli psicologi che operano all'interno dell'azienda su tecniche di gestione dello stress lavoro-correlato, finalizzata a costituire un *pool* di professionisti in grado di trasmettere quanto appreso a tutti i dipendenti dell'azienda, attraverso un successivo corso di formazione rivolto a tutto il personale sulle tecniche di gestione dello stress lavoro-correlato.

Per il tema inerente al contrasto alle discriminazioni, si intende proseguire l'adesione alla campagna UN Women "Orange the world" approfondendo il tema attraverso degli incontri con i Consultori e con i Centri Antiviolenza del territorio.

Per la promozione della cultura di genere, invece, si intende organizzare una formazione rivolta anche ai Medici di Medicina Generale, in continuità con il convegno organizzato sul tema nel 2024.

In conformità con la Direttiva n. 2/2019 dal titolo "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", l'U.O.C. Gestione Risorse Umane, servizio di riferimento per l'attività del CUG, trasmette annualmente al Comitato Unico di Garanzia, utilizzando il formato fornito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica e Dipartimento per le Pari Opportunità, i dati che sono rilevanti ai fini di una valutazione appropriata riguardo le misure per promuovere le pari opportunità.

Queste informazioni includono:

- un'analisi quantitativa del personale suddiviso per genere e appartenenza alle diverse aree funzionali e alla dirigenza, distinguendo per fascia dirigenziale e per tipo di incarico conferito ai sensi dell'articolo 19 del D.lgs. n. 165/2001;
- l'indicazione aggregata delle retribuzioni medie, differenziate per genere, con evidenziazione di eventuali differenze tra i generi;
- Il bilancio di genere dell'amministrazione.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati sarà di fondamentale importanza per la definizione delle azioni da inserire nel successivo Piano Triennale.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione

La corruzione si può definire come la condotta individuale che comporta una deviazione da certi standard di comportamento ovvero come qualsiasi forma di abuso di potere pubblico al fine di conseguire benefici personali.

Negli ultimi decenni si è osservato un interesse crescente nei confronti dei fenomeni di corruzione, individuati come uno dei principali ostacoli allo sviluppo economico, politico, sociale, nonché elemento in grado di accentuare le disuguaglianze e di distorcere l'attuazione delle politiche pubbliche.

Le misure di prevenzione hanno quindi gli obiettivi strategici di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- favorire il miglioramento del sistema, valorizzando i principi fondamentali di eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, di legalità e imparzialità dell'azione pubblica.

Il contesto nel quale le strategie e le iniziative sull'anticorruzione vengono adottate è quello tracciato dalle norme nazionali e internazionali in materia.

In particolare con la legge 190/2012 lo Stato Italiano investe direttamente gli enti della Pubblica Amministrazione, tra i quali sono contemplate anche le Aziende ULSS, nella gestione della funzione anticorruzione, agendo attraverso le azioni definite in fase di programmazione.

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, nel dare attuazione alla L. 190/2012, così come modificata dal D.Lgs. n. 97/2016, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, ritenendole parte essenziale per il perseguimento della propria missione e delle funzioni istituzionali.

È indispensabile avere uno strumento di misure concrete per attuare un'efficace prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e, più in generale, dei fenomeni c.d. di "maladministration", quest'ultimi comprensivi di tutte quelle situazioni in cui, pur in assenza di fatti penalmente rilevanti, viene comunque a configurarsi una distorsione dell'azione amministrativa dovuta all'esercizio di funzioni pubbliche per fini privati, anziché per la cura di interessi generali.

La sezione sulla prevenzione della corruzione del presente PIAO definisce le misure organizzative per il contenimento del rischio e per l'attuazione effettiva degli *obblighi di trasparenza* per la quale si devono prevedere le azioni idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente.

Ai fini degli obblighi di trasparenza, l'Azienda ha individuato i referenti responsabili e i referenti operativi per ciascun obbligo di pubblicazione come previsto dalla delibera ANAC 1310/2016 e 7/2023, riportati nell'allegato 2 "Elenco referenti obblighi di pubblicazione" del presente Piano.

Principale figura identificata per l'effettuazione dell'attività di prevenzione della corruzione è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), a cui viene affidato il compito di gestire, coordinare e vigilare sulle "misure" di prevenzione del rischio corruttivo. In caso di assenza o mancanza del RPCT, l'Azienda ha identificato come sostituto il Direttore della UOC Affari Generali.

Dal quadro normativo emerge che l'attività del RPCT deve essere affiancata dall'attività dei dirigenti, in quanto lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, recepite in modo dinamico nel PIAO sono il risultato di un'azione sinergica e combinata dei Direttori/Responsabili delle strutture e del RPCT.

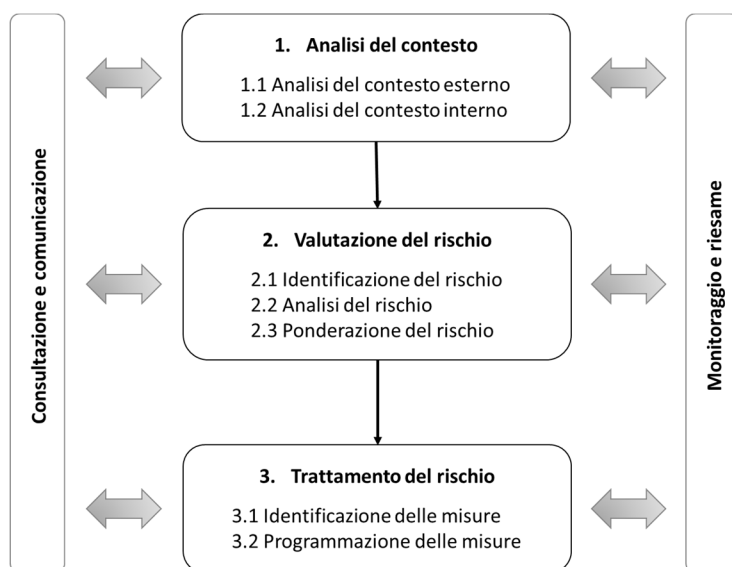
Tra i soggetti che in Azienda concorrono, in modo attivo, alla prevenzione della corruzione, sono da evidenziare l'Ufficio Trasparenza e anticorruzione che, come da Atto Aziendale in vigore, risulta in staff al Direttore Generale,

l'Ufficio Internal Auditing che è in staff al Direttore Amministrativo, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) tra i cui compiti vi è la verifica e valutazione del rispetto degli obblighi di trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 2468/2024 e il Responsabile dell'anagrafe unica per la Stazione Appaltante che nell'Azienda U.L.S.S. 7 Pedemontana è il direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica.

Due sono i principali *fattori di rischio*: le asimmetrie informative e il conflitto di interesse. Il primo è la condizione per cui una persona non ha tutte le conoscenze per assumere una decisione e si affida ad un professionista. Il conflitto di interesse identifica la situazione in cui, anche solo in modo potenziale, l'operatore può non perseguire il bene primario del cittadino, ma un proprio interesse personale.

La gestione del rischio è realizzata assicurando l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo di gestione della performance e l'attività di Internal Audit al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi. Gli obiettivi individuati a tale scopo, per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori sono collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle Performance e in altri documenti di programmazione operativa, tra i quali le schede di budget.

Il processo di gestione del rischio di corruzione, come previsto nel PNA 2019 – all. 1, si articola nelle fasi rappresentate nella figura sottoriportata:



L'analisi del contesto esterno evidenzia la situazione ambientale nella quale è inserita l'Azienda in relazione ai condizionamenti e alla valutazione del rischio corruttivo.

Nel primo semestre del 2024 l'attività economica si è indebolita; infatti, secondo l'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, il prodotto è ristagnato rispetto al corrispondente periodo del 2023.

L'indicatore, elaborato dalla Banca d'Italia per misurare la dinamica congiunturale di fondo dell'economia veneta, è rientrato in territorio negativo nel corso del secondo trimestre; a settembre è sceso ulteriormente. Alla fase ciclica sfavorevole ha contribuito in particolare il settore della manifattura.

Secondo Unioncamere del Veneto nella media dei primi due trimestri del 2024 la produzione manifatturiera delle imprese con almeno 10 addetti si è ridotta rispetto allo stesso periodo dello scorso anno. L'ultima edizione del Sondaggio congiunturale della Banca d'Italia conferma la prosecuzione del calo dell'attività industriale nei primi

nove mesi dell'anno, anche sulla scorta dell'incertezza del quadro economico e geopolitico internazionale e delle difficoltà della Germania, primo mercato di sbocco per le esportazioni regionali. Oltre il 60 per cento delle imprese industriali venete con almeno 20 addetti ha infatti rapporti commerciali diretti con la Germania (una quota significativamente più elevata della media italiana) e la metà di queste ha sperimentato nei primi nove mesi dell'anno una riduzione delle vendite in volume in quel paese.

Anche le esportazioni complessive di beni in volume si sono ridotte nella prima metà del 2024 rispetto allo stesso periodo dello scorso anno, risentendo della debolezza della domanda proveniente dai paesi dell'Unione monetaria. Il calo ha interessato quasi tutti i principali settori di specializzazione della regione.

Nei primi otto mesi dell'anno le presenze turistiche hanno continuato ad aumentare, anche se a un ritmo molto più moderato rispetto agli anni immediatamente successivi alla crisi pandemica. La crescita delle presenze straniere ha più che compensato il calo di quelle italiane.

Dopo la marcata riduzione registrata nel corso del 2023, l'inflazione si è mantenuta su valori contenuti a settembre. Per i nuclei familiari residenti in regione, il potere d'acquisto è tornato a salire, sostenuto dai redditi nominali; i consumi hanno ristagnato.

Nonostante i segnali di indebolimento dell'economia la quota delle imprese venete in utile si mantiene elevata nel 2024.

Con riferimento al contesto interno, si rinvia al capitolo 1 “Scheda anagrafica dell’Azienda Ulss 7 Pedemontana”, che riporta i principali contenuti di contesto con i principali dati di riferimento.

Nell’analisi del contesto interno è centrale l’attività di mappatura dei processi, che consiste nella individuazione e analisi dei processi organizzativi in ragione della natura e delle peculiarità dell’attività stessa, al fine di evidenziare quelli potenzialmente più esposti a rischi corruttivi.

Negli ultimi anni sono state avviate le attività di mappatura dei processi ed individuazione dei rischi prioritari. Per la fase di identificazione dei processi è stato utilizzato l’elenco proposto da Azienda Zero e recepito come lista di processi caratterizzanti l’attività dell’Azienda ULSS 7 Pedemontana, individuandone gli ambiti di analisi e i relativi responsabili.

I processi sono quindi descritti analiticamente e suddivisi nelle fasi e attività che compongono ciascun processo. Questa attività prosegue dal 2020 ed è adeguatamente strutturata nel software dedicato: “GZOOM - Modulo Anticorruzione” che permette di:

- *Identificare e mappare* i processi a rischio corruttivo;
- *Assegnare* ad ogni processo individuato uno o più rischi scegliendo da un “catalogo” predefinito;
- *Analizzare i rischi* per ogni processo tramite rilevazione dei diversi indici di Probabilità e Impatto previsti;
- *Ponderare* i rischi aggregando le informazioni di rischio per area, così da identificare quelle più a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- *Trattare* il rischio associando un insieme di misure individuate nel “Catalogo Misure di Prevenzione”, atte a neutralizzare o quantomeno attenuare la probabilità o l’impatto del rischio corruttivo.

2.3.1.1 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

La fase di identificazione dei rischi è stata condotta dal Responsabile del processo con il supporto della funzione di Internal Audit e del RPCT e si è esplicitata nell’identificazione di potenziali eventi che, se si verificassero, produrrebbero un impatto sull’azienda in relazione al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'elenco dei rischi potenziali è stato definito a livello aziendale, anche con l'utilizzo del "catalogo" pre-impostato e reso disponibile dal software per facilitare la compilazione delle schede.

Una volta identificati, i rischi sono stati valutati dai responsabili di processo prendendo in considerazione:

- la probabilità di accadimento (P), intesa come la possibilità che l'evento si verifichi realmente;
- l'impatto (I), ossia il danno che il suo verificarsi può comportare sul sistema aziendale.

L'esposizione al rischio è stata calcolata per ogni singola fase/attività delineata nella fase di mappatura dei processi.

L'approccio valutativo scelto è stato quello quantitativo, andando a determinare il rischio inerente, calcolato come prodotto tra Probabilità (P) e Impatto (I).

Al fine della valutazione di sintesi della rischiosità della fase/attività è stata utilizzata la seguente matrice:

		P: PROBABILITA'				
	I: IMPATTO	Raro	Basso	Medio	Probabile	Molto Probabile
5	Catastrofico	5	10	15	20	25
4	Critico	4	8	12	16	20
3	Significativo	3	6	9	12	15
2	Trascurabile	2	4	6	8	10
1	Minimo	1	2	3	4	5

Da qui è derivato un indicatore di sintesi così rappresentato:

*Commento	*Positivo	Inizio Fascia	fine Fascia	Coefficiente Minimo	Coefficiente	*Allarme	Icona
Basso / trascurabile	S	0	2,99	0	0	N	
Medio Basso	S	3	5,99	0	25	N	
Medio	S	6	9,99	0	50	N	
Medio Alto	S	10	15,99	0	75	N	
Alto	S	16	25	0	100	N	

Ogni responsabile di processo, dopo aver validato le fasi/attività individuate per il processo di sua pertinenza, ha attribuito un punteggio da 1 a 5 ad alcune domande, suddivise per Probabilità e Impatto.

Il software in uso è stato implementato con le schede di sintesi di valutazione del rischio che evidenziano per ogni processo mappato le singole fasi/attività, i relativi rischi e le misure individuate, nonché gli indicatori usati per la misurazione riportati nell'allegato 3 "Piano anticorruzione 2025-2027".

La sintesi sottoriportata rappresenta l'output di quanto formalizzato nel software per i 38 processi considerati, il cui rischio riportato è quello residuo dopo le azioni di contenimento messe in atto.

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE	RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE	RISCHIO
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE (EX ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE)	Basso / trascurabile	2,09	T.4.4 - SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	Basso / trascurabile 	2,66
			A.31.1 - ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI	medio/basso 	3,09
			A.31.2 - GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE DIPENDENTE	Basso / trascurabile 	2,35
			A.31.3 - GESTIONE ORARIO DI LAVORO	Basso / trascurabile 	1,92

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
				A.31.4 - GESTIONE ECONOMICA FISCALE	Basso / trascurabile	😊	1,87
				A.31.5 - GESTIONE PREVIDENZIALE	Basso / trascurabile	😊	1,69
				A.31.6 - Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6 art. 7 D.Lgsv 165/2001)	Basso / trascurabile	😊	1,82
				T.4.1.2 - MMG - PLS	Basso / trascurabile	😊	1,33
AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
B - CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)	Basso / trascurabile	😊	2,46	A.21.1 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Medio / basso	😊	3,12
				A.21.2 - GESTIONE DELLE GARE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SOTTO SOGLIA	Basso / trascurabile	😊	2,98
				A.21.3 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI SOPRA SOGLIA	Medio / basso	😊	3,69
				A.22.0 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Basso / trascurabile	😊	2,53
				A.22.4 - GESTIONE DEI CONTRATTI IN OUT-SOURCING Medio	medio/basso	😊	4,27
				A.24.0 - GESTIONE DEL PROJECT FINANCING Basso /	Basso / trascurabile	😊	2,30
				A.25.1 - ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile	😊	2,11
				A.25.2 - GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE ED IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile	😊	1,90
				A.25.3 - GESTIONE DELLE ALIENAZIONI E DELLE LOCAZIONI	Basso / trascurabile	😊	1,39
				A.26 - GESTIONE DEL PATRIMONIO ICT	Basso / trascurabile	😊	2,42
				A.27.2 - GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	Basso / trascurabile	😊	2,22
				A.28.1 - ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO - PNRR	Basso / trascurabile	😊	2,07
				A.28.2 - GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO - PNRR	Basso / trascurabile	😊	2,26
				A.32.0 - RILEVAZIONE FABBISOGNO E ORGANIZZAZIONE PIANO FORMATIVO	Basso / trascurabile	😊	1,14
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascurabile		167	A.42.1 - GESTIONE DELL'INVENTARIO	Basso / trascurabile	😊	1,54
				A.42.2 - INVENTARIO FISICO CICLICO DEI CESPITI	Basso / trascurabile	😊	1,83
				A.43.1 - GESTIONE DEI FONDI ECONOMALI	Basso / trascurabile	😊	1,57

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
				A.43.2 - GESTIONE PAGAMENTI	Basso / trascurabile		1,56
				A.43.3 - GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI	Basso / trascurabile		2,04
				A.43.5 - GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA	Basso / trascurabile		0,72
				A.44.0 - FATTURAZIONE ATTIVA	Medio/Basso		3,29
				A.47.0 - RECUPERO DEL CREDITO	Basso / trascurabile		0,79
AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
H - AFFARI LEGALI E DEL CONTENZIOSO	Basso / trascurabile		1,04	A.51.0 - GESTIONE SINISTRI E CONTENZIOSI	Basso / trascurabile		1,04
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Basso / trascurabile		1,73	O.21.2.1 - ATTIVITA' SPECIALISTICA IN REGIME DI LP	Basso / trascurabile		2,44
				O.21.3.1 - ATTIVITA' DI RICOVERO IN REGIME DI LP	Basso / trascurabile		1,02
L - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Medio / Basso		4,38	T.1.0 - ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (EX ART. 26), TERMALE	Medio / Basso		4,38
M - FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Basso / trascurabile		1,25	T.3 - ASSISTENZA PROTESICA	Basso / trascurabile		0,26
				O.11.0 - GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE (SPERIMENTAZIONE E RICERCHE CLINICHE, RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA - ESCLUSE LE RICERCHE CLINICHE)	Basso / trascurabile		1,75
				T.21.1 - GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE	Basso / trascurabile		1,74
N - ATTIVITA CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	Basso / trascurabile		2,18	O.4.0 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME	Basso / trascurabile		2,18

2.3.1.2 Misure per il trattamento del rischio e relativo monitoraggio

Sulla base delle priorità emerse, sono stati quindi individuati i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

La fase di individuazione delle misure è stata impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse. La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità.

Con il supporto dell'applicativo in uso è stato possibile indicare, per ogni rischio individuato, una idonea misura di prevenzione.

Nel corso del 2024 è proseguito, per ciascun servizio, il monitoraggio semestrale a campione delle evidenze raccolte per il contenimento dei rischi che ha dato esito positivo.

A seconda dell'area di rischio a cui si riferiscono, le misure di prevenzione della corruzione si suddividono in "general", ai sensi della L. 190/2011, che presentano sempre un alto livello di probabilità di eventi rischiosi, e aree di rischio "specifiche" per il settore sanitario secondo le direttive del PNA 2013 – aggiornamento 2015.

Di seguito l'elenco sintetico di tali aree:

A - Acquisizione e gestione del personale

B - Contratti pubblici

C - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

D - Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

E - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

F - Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

G - Incarichi e nomine

H - Affari legali e contenzioso

I - Attività libero professionale e liste di attesa

L - Rapporti contrattuali con privati accreditati

M - Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

N - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Si evidenzia inoltre, come ulteriore misura di regolamentazione amministrativa, l'impegno continuo da parte dell'Azienda nella definizione di atti regolamentari su molteplici materie. Nel corso del 2024 sono stati adottati, infatti, con deliberazioni del Direttore Generale un totale di 16 Regolamenti, elencati nel seguente prospetto:

Numero Delibera	Data Delibera	Ufficio Proponente	Oggetto
1322	12/07/2024	UOSD SERVIZI AMMINISTRATIVI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	APPROVAZIONE DEL "REGOLAMENTO AZIENDALE SUL DIVIETO DI FUMO NEI LOCALI INTERNI E NEGLI SPAZI ESTERNI DELL' AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA"
1280	12/07/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	REGOLAMENTO AZIENDALE DISCIPLINANTE IL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PARZIALE (PART-TIME) DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE - PIANO AZIENDALE DEI POSTI DISPONIBILI PER L'ANNO 2024 E APPROVAZIONE DEL BANDO DI SELEZIONE PER L'INDIVIDUAZIONE DEGLI AVENTI DIRITTO.
1489	09/08/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ADOZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELL'ORARIO DI LAVORO DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA AREA SANITÀ
1696	13/09/2024	UOC PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA	APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER LA PREDISPOSIZIONE DEI CAPITOLATI TECNICI DI BENI E SERVIZI E PER IL FUNZIONAMENTO DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI DI GARA
1788	27/09/2024	UOSD FORMAZIONE	RECEPIMENTO DGR N. 819/2023, DGR N. 790/2024 E DDR N. 47/2024 ED ALLEGATI. APPROVAZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA DELL'AZIENDA ULSS N. 7.
1893	18/10/2024	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE	APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELLE ATTIVITÀ DI PROCUREMENT ORGANI E TESSUTI NELL' AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA.

2023	31/10/2024	UOC AFFARI GENERALI	MODIFICA DEL REGOLAMENTO PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO QUALIFICATO DI AVVOCATI PER L'AFFIDAMENTO DI INCARICHI DI PATROCINIO (EX ART. 56 COMMA 1 LETTERA H), NN.1 E 2 DEL D.LGS. N. 36/2023) APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 138 DEL 28.1.2022 E INDIZIONE DEL RELATIVO AVVISO PUBBLICO
2159	22/11/2024	UOC PROVVEDITORATO ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA	ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA NOMINA E LA DISCIPLINA DELLE COMPETENZE DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (D.E.C.) IN RELAZIONE AI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI
2170	22/11/2024	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO PER L'ATTRIBUZIONE DELLA QUALIFICA DI UFFICIALE DI POLIZIA GIUDIZIARIA (U.P.G.) - AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
2398	30/12/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO PER LE ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA.
2405	30/12/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ADOZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELL'ORARIO DI LAVORO DEL PERSONALE DEL COMPARTO SANITÀ.
2415	30/12/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ADOZIONE DEL "REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLA BANCA DELLE ORE PERSONALE DEL COMPARTO".
2417	30/12/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ADOZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI CONFERIMENTO, GRADUAZIONE, MUTAMENTO E REVOCA DEGLI INCARICHI DELLA DIRIGENZA AREA SANITÀ.
317	23/02/2024	UOS CONVENZIONI	MODIFICHE AL REGOLAMENTO PER UTILIZZO LOCALI ULSS CONCESSI A MEDICI DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRI DI LIBERA SCELTA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA
802	03/05/2024	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO IN MATERIA DI MOBILITÀ INTERNA DEL PERSONALE DIPENDENTE DI QUALIFICA NON DIRIGENZIALE.
857	10/05/2024	UOC AFFARI GENERALI	APPROVAZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE SULLA GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT E NO-PROFIT E DEGLI USI COMPASSIONEVOLI.

Tali regolamenti, oltre a sostanziare i documenti interni indispensabili per la disciplina di una data materia, rappresentano nel loro insieme un efficace strumento di comunicazione della mission e cultura aziendale, oltre che uno strumento fondamentale sia nella fase di inserimento di nuove risorse all'interno dell'organizzazione aziendale, sia per il coinvolgimento delle risorse già in organico, fornendo una solida base di conoscenza comune e condivisa tra personale, dirigenza e direzione aziendale, anche per orientare l'attività quotidiana di collaboratori e partner. Adottare tali regolamenti va quindi considerata come una vera e propria misura per rafforzare un'applicazione delle norme nazionali e regionali coerente al contesto aziendale e per ridurre in modo significativo i rischi di corruzione.

L'applicazione delle norme in vigore e l'alimentazione della Sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente", rientrano a pieno titolo nell'ambito del sistema delle misure di prevenzione della corruzione e soddisfano l'obbligo di pubblicità e trasparenza.

Inoltre, la pubblicazione delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi nel sito istituzionale dell'Azienda costituisce il mezzo fondamentale per il controllo, da parte del cittadino e/o utente, sulla regolarità amministrativa e sulle attività a rischio di corruzione.

I Dirigenti Responsabili delle Strutture Complesse (UOC) e delle Strutture Semplici Dipartimentali (UOSD) sovrintendono al controllo tempestivo in merito al mancato rispetto dei tempi procedurali; e in attuazione dell'art. 1, comma 9, lett. d) della legge n. 190/2012, che definisce le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione del procedimento e lettera e) della medesima legge, che definisce le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione.

Ai Dirigenti Responsabili di UOC e UOSD spetta l'obbligo di presentare annualmente una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della prevenzione della corruzione. Per l'anno 2024 non sono stati evidenziati eventi corruttivi o anche solo comportamenti di mala gestione.

Sulla base della Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" e le nuove linee guida approvate con delibera n. 177 del 19/02/2020, considerato inoltre il DPR 62/2013 nonché i codici disciplinari, le disposizioni attuative della disciplina contenuta nella legge 190/2012 e l'art. 4 del DL n. 36 del 30/04/2022, in data 11/12/2023 con deliberazione del Direttore Generale n. 2107, è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

In riferimento ai dati rilevati dall'UPD e delle informazioni trasmesse dal Responsabile per la prevenzione della corruzione, l'OIV svolge l'attività di supervisione sull'applicazione del codice (ex comma 6 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, così come modificato dall'art. 1, comma 44, della legge n. 190 del 2012), riferendone nella relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

L'osservanza dei doveri contemplati nel Codice e l'obbligo dei Dirigenti di monitorarne l'applicazione, costituisce misura fondamentale di prevenzione del rischio di corruzione, in quanto le norme in esso contenute regolano il comportamento dei dipendenti e indirizzano l'azione amministrativa.

La legge n. 190/2012 chiarisce che la violazione dei doveri previsti dal Codice generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice aziendale è fonte di responsabilità disciplinare, fermi restando i casi in cui la violazione dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile, regolati nella nostra Azienda dal Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda U.L.S.S. 7 Pedemontana aggiornato con deliberazione del Direttore Generale n. 2107 del 11/12/2023.

Si dà atto che finora non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in alcuna area della Azienda ULSS 7, tuttavia al loro eventuale accadere è prevista la rotazione obbligatoria (art. 16 comma 1 lett. I quater del D.Lgs. 165/2001), ossia che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. A livello di rotazione del personale si evidenzia che persiste costantemente un considerevole avvicendamento di Dirigenti di Unità Operative Complesse, Semplici o Semplici Dipartimentali e permane, per quanto possibile, la rotazione del personale tecnico con attività ispettiva negli ambiti di pertinenza.

I dipendenti sono sempre tenuti a prestare la massima attenzione alle situazioni di conflitto di interessi. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici. Il dipendente è tenuto a comunicare per iscritto tempestivamente al dirigente responsabile della Struttura e/o Articolazione di appartenenza la sussistenza di ipotesi di conflitto di interessi che potrebbero rendere necessaria/opportuna la sua astensione in decisioni o attività.

Nel sito Internet aziendale, sezione "Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione" all'interno della sezione "amministrazione trasparente", sono indicate le modalità tramite cui i dipendenti possono effettuare segnalazioni aventi ad oggetto comportamenti, rischi, reati o irregolarità consumati o tentati a danno dell'interesse pubblico secondo le nuove normative del whistleblowing emanate con Decreto Legislativo n. 24/2023 e recepite nel regolamento aziendale adottato con delibera n. 1733 del 20/10/2023.

Le segnalazioni, come descritto nel documento pubblicato in Amministrazione Trasparente nella sezione Altri Contenuti\Prevenzione della Corruzione\contenuti\segnalazione illeciti e irregolarità Whistleblowing, possono essere fatte a "resp.anticorruzione@aulss7.veneto.it". tramite comunicazione scritta oppure collegandosi, sempre dalla precitata sezione di Amministrazione Trasparente, alla piattaforma "WhistleblowingPA", in open source, per l'acquisizione e la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti a garanzia della tutela dell'anonimato.

La legge n. 190/2012 incide anche sulle disposizioni normative vigenti in materia di incompatibilità ed incarichi extraistituzionali del personale delle PA. Pertanto, nel concedere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, viene posta particolare attenzione alla verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, intendendo per tali una contrapposizione tra il dovere pubblico e l'interesse privato del dipendente, che potrebbe indebitamente influenzare l'adempimento dei doveri istituzionali.

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione si correla alle azioni formative e pertanto nel Piano Formativo 2024 è stata prevista la formazione sul tema programmando il corso "Piano formativo anticorruzione Maggioli 2024-2025"

2.3.1.3 Integrazione delle misure di prevenzione della corruzione con gli obiettivi di performance

In materia di anticorruzione, da tempo si è manifestata in Azienda la necessità di una condivisione degli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e di un'integrazione con i contenuti degli strumenti di programmazione e di controllo:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione vengono tradotte in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

In sede di attuazione della programmazione operativa vengono annualmente individuati, su proposta formulata dal RPCT, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza che integrano con gli obiettivi per la misurazione della performance organizzativa.

Nello specifico gli obiettivi per l'anno 2025 saranno assegnati nelle schede di budget alle UOC interessate.

Obiettivi per l'anno 2025

Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
ADEMPIMENTI NORMATIVI			
Programmazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Predisposizione del PIAO (che ha assorbito il Piano Triennale Prevenzione Corruzione)	scadenza il 31/01/2025	Direzione Strategica RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifiche semestrali azioni previste nel PTPC	Relazione 1° semestre entro il 31 luglio 2025 e relazione annuale entro il 31 gennaio 2026	RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifica annuale su format fornito da ANAC	Relazione su formato fornito da ANAC nel rispetto della scadenza del 31/01/2025	RPCT
Monitoraggio adempimenti trasparenza	Certificazione OIV del rispetto degli obblighi di pubblicazione relativi all'anno 2024	Rispetto dei termini che saranno indicati da ANAC	RPCT
Trasparenza nella gestione degli accessi civici	Tenuta del registro degli accessi civici con pubblicazione periodica	Aggiornamento trimestrale del registro e relativa pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Affari Generali

MISURE GENERALI E SPECIFICHE AZIENDALI (collegate con Performance)			
Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	Monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione con adeguamento alla delibera ANAC n.495/2024	4 report di sintesi trimestrali	RPCT Dirigenti strutture tecnico – amm.ve
	Rispetto dell'obiettivo E.05 della DGR 1557 del 30/12/2024 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025"	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza (ind. E.S.05.3)	RPCT
Rafforzare le competenze del personale	Realizzazione di attività formativa in tema di prevenzione della corruzione	- Corso di formazione "etica pubblica e comportamento etico - sviluppo piano anticorruzione" - Formazione sul campo per i DEC dei principali contratti	RPCT Formazione
Mappatura dei processi	Monitoraggio azioni per il contenimento dei rischi	- Monitoraggio degli indicatori per i 38 processi mappati con il software Gzoom - Mappatura processo relativo all'ampliamento della sfera giuridica dei destinatari.	RPCT Internal Audit
Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi	Individuazione delle misure di contrasto già in atto ed eventuali azioni di miglioramento	Monitoraggio delle attività svolte per il processo "Recupero crediti e attività LP" Prosecuzione attività di audit della Medicina convenzionata	RPCT Internal Audit

2.3.2 Trasparenza

La trasparenza è uno degli assi portanti della politica di anticorruzione impostata dalla L. 190/2012. Essa è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge, ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni ente, in ragione delle proprie caratteristiche, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della L. 190/2012.

Il principio di trasparenza è stato ridefinito dall'art. 1, comma 1, del D.Lgs. n. 33/2013, come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni allo scopo non solo di "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 5, comma 2, decreto trasparenza), ma anche di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

In coerenza alle previsioni del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i., e alle indicazioni fornite dall'ANAC con le proprie delibere, l'Azienda si attiene ai seguenti principi generali:

- pubblicazione dei documenti, informazioni e dati in modo chiaro e comprensibile per ogni cittadino;
- implementazione e attuazione dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- indicazione dei Responsabili dell'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati e delle iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell'applicazione della responsabilità prevista dall'art. 46 del D.Lgs. n. 33/2013;
- coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nel processo di elaborazione e attuazione del programma.

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni individuati a seconda della competenza debbono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare. Debbono altresì adottare le misure necessarie all'interno dei loro Servizi/Uffici, al fine di assicurare quanto sopra.

Il RPCT deve svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. Lo stesso deve segnalare al Direttore Generale, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e all'ANAC i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), nonché al Direttore Generale e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs n. 33/2013).

Nell'allegato 2 del presente PIAO sono riportati gli obblighi di pubblicazione con l'indicazione per ogni contenuto dell'obbligo: della tempistica di aggiornamento; della struttura UOC incaricata dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione del dato; del termine di scadenza e il soggetto responsabile del monitoraggio. Per le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, è aggiornato rispetto a quanto previsto nella delibera ANAC n. 601 del 19/12/2023, che modifica la Delibera n. 264 del 20 giugno 2023.

La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D.Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art 47 D.Lgs n. 33/2013). In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la mancata, incompleta o ritardata pubblicazione, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art.15, comma 3, e art. 26, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013).

Tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie con DGR 1557/2024 viene data rilevanza agli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino. La trasparenza implica che tutti i dati oggetto di pubblicazione debbano essere resi pubblici in formato di tipo aperto ai sensi dell'art. 68 del Codice dell'Amministrazione Digitale e debbano essere riutilizzabili (con l'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità - art. 7, D.Lgs. n. 33/2013). Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di documenti, informazioni e dati perché si realizzino obiettivi di trasparenza. Tutti i cittadini e gli stakeholder debbono poter accedere in modo agevole alle informazioni e comprenderne il contenuto.

La pubblicazione di documenti, informazioni e dati deve avvenire nel rispetto della disciplina del codice sulla privacy, tenendo conto altresì costantemente delle indicazioni fornite da ANAC e dal Garante per la protezione dei dati personali (si ricorda, in particolare, la delibera del 2 marzo 2011 del Garante "Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web") e dal Regolamento UE 2016/679, entrato in vigore il 25/05/2018. A garanzia della trasparenza, il soggetto pubblico, dopo aver verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione dell'atto o del documento nel sito web istituzionale, deve quindi limitarsi a includere negli atti da pubblicare solo quei dati personali realmente necessari e proporzionati alla finalità di trasparenza perseguita nel caso concreto. Se sono sensibili o relativi a procedimenti giudiziari, i dati possono essere trattati solo se indispensabili alla finalità di trasparenza.

La Commissione Europea, col GDPR, ha voluto consolidare la protezione dei dati personali dei cittadini dell'Unione Europea su un nuovo principio di "responsabilizzazione" detto accountability, tuttavia, senza dare una regola certa per definirne il significato. Per tale motivo, nella disposizione di legge italiana, è stato inserito il Responsabile della

Protezione dei Dati (RPD), figura obbligatoria nella P.A da cui è nominato. È evidente che per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT.

2.3.3 Monitoraggio misure di prevenzione della corruzione e diffusione del PTPCT

Il monitoraggio annuale in ordine all'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione PTPC avviene mediante predisposizione della relazione annuale anticorruzione, secondo lo schema di relazione standard messo a disposizione da ANAC. Il monitoraggio comprende anche la valutazione dell'efficacia delle misure di trasparenza.

Il RPCT provvede a monitorare, con la collaborazione di personale individuato, la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito Internet Istituzionale, sia per l'avvenuto inserimento di quanto da pubblicare, sollecitando nel caso gli uffici a completare quanto non ancora pubblicato, sia per la permanenza nei link delle informazioni già inserite. Da ultimo, con le verifiche periodiche, i componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione provvedono a riscontrare il corretto e completo inserimento dei dati pubblicati sul sito aziendale.

L'Azienda si è dotata di un software che permette di gestire in autonomia, da parte degli uffici interessati, la pubblicazione dei dati direttamente nella sezione Amministrazione Trasparente attraverso delle abilitazioni. Tramite il sistema implementato è possibile effettuare un controllo sulla puntualità della pubblicazione dei dati richiesti dal D.Lgs. 33/2013 (D.Lgs. 97/2016) anche da parte del Responsabile della Trasparenza.

È prevista un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Azienda sia da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - OIV). Per quanto concerne il monitoraggio interno, il RPCT è il soggetto deputato ad effettuare il monitoraggio periodico delle attività previste dal Piano in tema di trasparenza, come riportato nell'allegato 2 "Elenco referenti obblighi di pubblicazione". In aggiunta al monitoraggio periodico, la norma prevede la redazione di una Relazione Annuale sullo stato di attuazione del P.T.P.C. che annualmente viene regolarmente inviata all'OIV e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Infine, in relazione all'istituto dell'accesso civico, per monitorare la tempistica di ciascuna richiesta, l'Azienda ha predisposto il registro degli accessi civici, anch'esso pubblicato sul sito istituzionale <http://www.aulss7.veneto.it> alla sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti"/"Registro degli accessi".

La diffusione delle norme riguardanti l'anticorruzione e la trasparenza, PTPCT all'interno dell'ambiente aziendale, compete ai Dirigenti delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'accessibilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita. Per garantire che i Dirigenti individuati assicurino il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e della loro pubblicazione sono previsti momenti di condivisione periodici con il RPCT, anche in via informatica, che costituiscono l'occasione per esaminare eventuali proposte finalizzate a rendere il sito "Amministrazione Trasparente" sempre più alla portata di chiunque, in termini di chiarezza e accessibilità.

A corollario del principio dell'accessibilità delle informazioni, e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sezione della Trasparenza, è particolarmente rilevante da parte dell'Azienda raccogliere feedback dai cittadini e dagli stakeholder sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate. È importante strutturare azioni a supporto della partecipazione dei portatori di interesse, anche attraverso l'implementazione di strumenti interattivi in modo che gli stakeholder possano restituire con immediatezza un feedback sull'operato svolto. A questo proposito il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – sezione del PIAO 2025 – 2027 è stato pubblicato, prima dell'adozione della delibera di approvazione, in consultazione dal 24/01/2025 nella sezione Amministrazione Trasparente.

3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è organizzata secondo il *modello* definito ed adottato con l'*Atto aziendale* vigente (deliberazione del Direttore Generale n. 103 del 24.01.2025)

L'articolazione organizzativa dell'azienda è caratterizzata dalle seguenti tipologie di strutture operative, di seguito esposte in ordine di crescente rilevanza organizzativa/gestionale:

1. servizio, ufficio, articolazione funzionale/territoriale (AF/AT)
2. unità operativa semplice (UOS);
3. unità operativa semplice a valenza dipartimentale (UOSD) e unità operative semplice a valenza territoriale (UOSDt);
4. unità operativa complessa (UOC)
5. strutture dipartimentali (SD).

La tipologia di struttura dipende dal livello della complessità gestionale e della valenza strategica e può essere già definita direttamente da atti di programmazione e/o linee guida regionali.

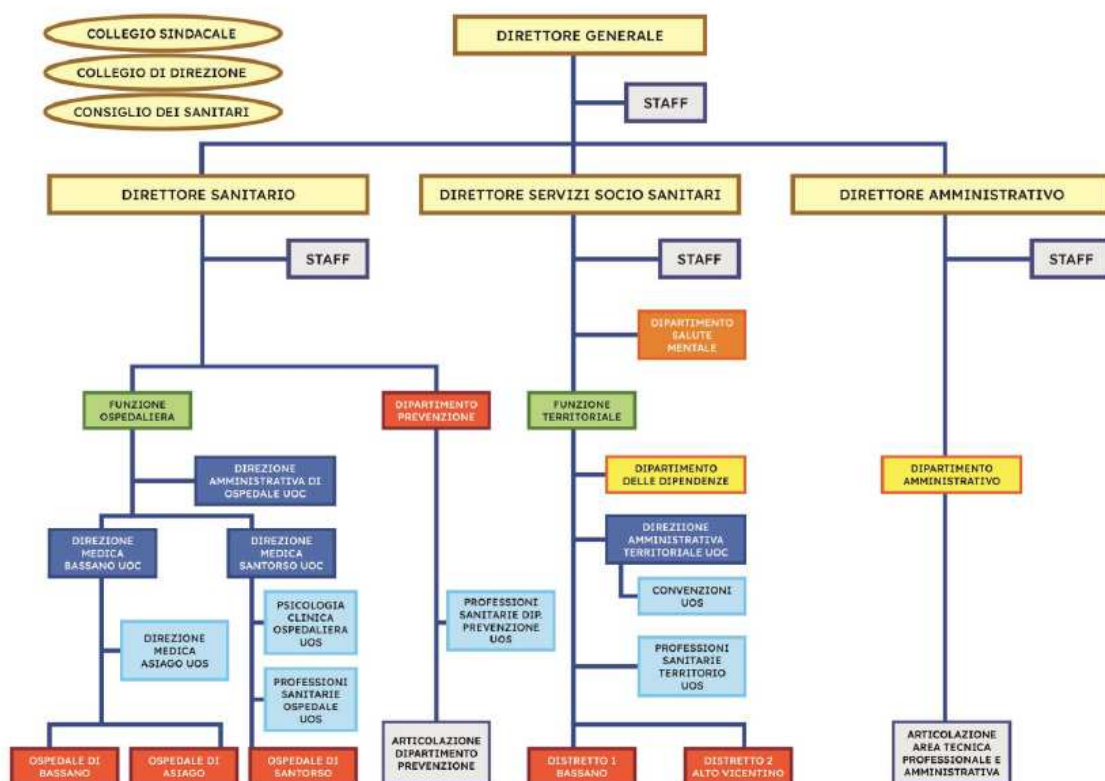
La valenza strategica viene individuata dall'impatto delle prestazioni erogate sulla salute dell'utenza, dal livello di inter-settorialità degli interventi richiesti, dal grado di complessità delle relazioni con istituzioni o organismi esterni all'azienda, dalla rilevanza tecnica delle problematiche trattate.

Alla tipologia di struttura organizzativa sono collegate le differenti tipologie di incarichi di natura gestionale e professionale, previsti dai contratti di lavoro e la conseguente ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità, tra i quali, in particolare, la responsabilità di budget.

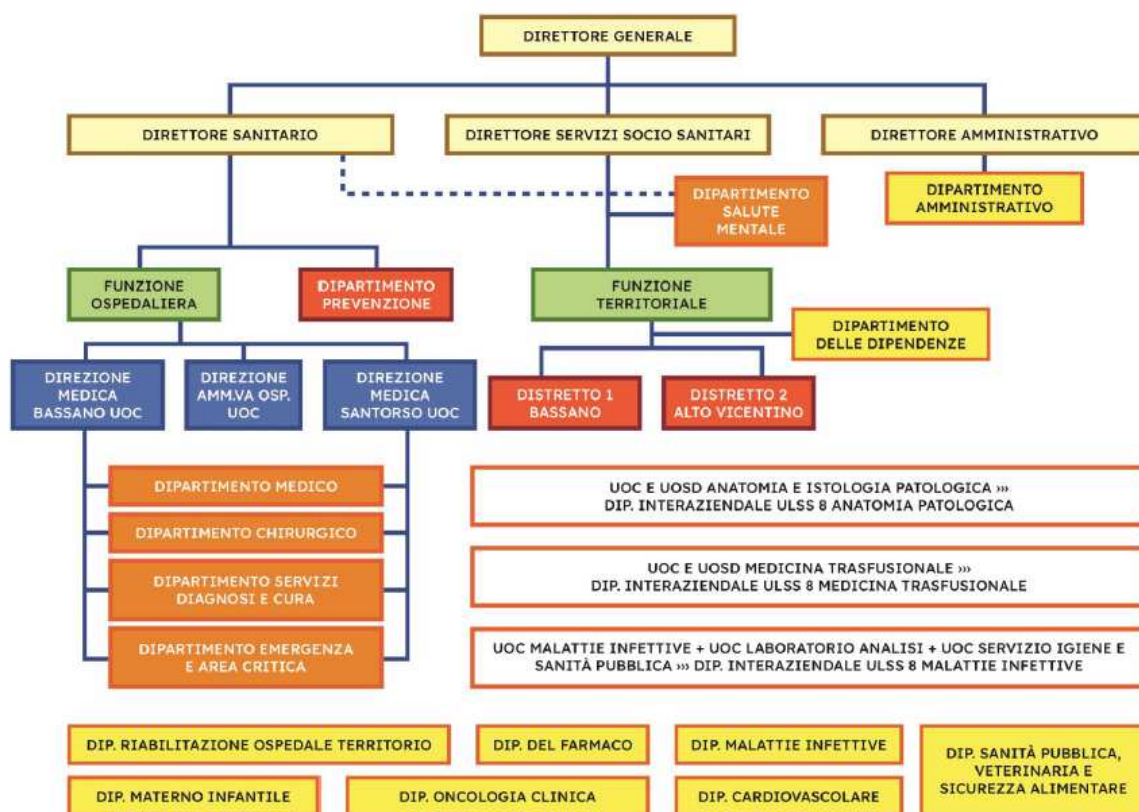
L'assetto organizzativo aziendale mira a favorire una definizione dei percorsi dei pazienti da realizzare anche attraverso l'individuazione e l'applicazione di modelli organizzativi innovativi ed integrati tra le diverse strutture aziendali. In tal modo, si potrà dare concreta attuazione ai principi di continuità dell'assistenza secondo criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare, ponendo il paziente al centro dei processi di cura e valorizzando anche i diversi professionisti coinvolti, come previsto dal PSSR e dalla L.R. n. 19/2016.

Si rappresentano di seguito gli organigrammi generale e dell'articolazione in dipartimenti.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA



DIPARTIMENTI FUNZIONALI E STRUTTURALI



3.2 Organizzazione del lavoro agile

In questa sezione sono indicate le strategie e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro adottati dall'Azienda secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di lavoro agile e in coerenza con le Linee Guida emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica nonché secondo quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento, pertanto, al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene riassorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione 2025-2027.

Superata la fase della normativa di natura emergenziale (trienni 2020/2022 per il quale si rinvia a precedenti PIAO), l'istituto del lavoro agile trova la sua attuale disciplina nel vigente *Regolamento aziendale sul lavoro agile (smart working) adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2186 del 17/12/2021, in conformità con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021 del in conformità alle linee guida nazionale dettate dal DM 8/10/21.*

Si riporta di seguito una rappresentazione sintetica del livello di attuazione del lavoro agile nel periodo 2022-2024 comprendente tutte le azioni che sono state intraprese:

LA DIMENSIONE DEL LAVORO AGILE	2022	2023	2024
N° dipendenti totali	4.147	4.186	4.168
N° dipendenti che possono svolgere lavoro da remoto	439	439	439
N° lavoratori agili nel corso dell'anno	46	37	30
N° lavoratori agili al 31 dicembre	29	27	25
N° giornate in lavoro agile svolte in media a settimana per dipendente	2	2	2

IL PROFILO DEI DESTINATARI	2022	2023	2024
N° dipendenti agili donne	36	29	24
N° dipendenti agili over 60	5	4	3

TECNOLOGIA	2022	2023	2024
N° di dispositivi (PC) messi a disposizione per lavoro agile	34	25	19
N° di dispositivi (modem) messi a disposizione per lavoro agile	6	9	8
N° di dispositivi (cellulare) messi a disposizione per lavoro agile	1	8	6
N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri (PC)	12	7	3
N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri (cellulare - modem)	12	23	12

3.2.1 Modalità attuative

Il vigente Regolamento prevede che il prevalente svolgimento dell'attività lavorativa sia in presenza e che il lavoro agile venga svolto senza compromettere la fruizione dei servizi da parte dell'utenza, garantendo una adeguata rotazione tra il personale interessato, utilizzando strumentazione tecnologica idonea a garantire la sicurezza dei dati trattati e adeguati allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Il Regolamento in vigore disciplina le modalità di svolgimento del lavoro agile e ne definisce gli ambiti e le responsabilità; stabilisce i contenuti minimi degli accordi individuali e ne regola la procedura di accesso.

3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

La procedura aziendale di accesso al lavoro agile prevede che il Direttore di Unità Operativa Complessa o Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, una volta verificata la compatibilità dell'attività del dipendente con il lavoro agile, invii all'U.O.C. Gestione Risorse Umane *la proposta di lavoro agile* comprensiva del dettaglio delle attività e relativi obiettivi assegnati, validata dal Direttore di Dipartimento (ove presente) e dal Direttore di Area. Ricevuta la proposta, il Direttore U.O.C. Gestione Risorse Umane procederà all'assegnazione della posizione di lavoro agile *sottoscrivendo l'Accordo Individuale con il dipendente* che dovrà contenere: oggetto dell'attività lavorativa svolta in modalità agile, durata della prestazione, indicazione del numero delle giornate per le quali è previsto il rientro in sede, indicazione delle fasce di reperibilità e di diritto alla disconnessione, indicazione dei luoghi in cui verrà svolta l'attività, indicazione degli strumenti utilizzati dal lavoratore, indicazione delle forme di controllo e di esercizio del potere direttivo.

La *verifica* sul completamento delle *attività assegnate* è *effettuata dal Direttore/Responsabile della struttura* di appartenenza.

La *strumentazione per lo svolgimento del lavoro agile* che può essere fornita al lavoratore è la seguente: PC portatile configurato per accesso alle procedure applicative e alle cartelle condivise in uso e autorizzate; Modem PC con scheda SIM dati da 20GB per la connessione alla rete aziendale. A fronte dell'eventuale indisponibilità o insufficienza di dotazione informatica da parte dell'Amministrazione, l'attivazione del lavoro agile è subordinata alla disponibilità da parte del dipendente di utilizzare i propri dispositivi, con garanzia di adeguati livelli di sicurezza e protezione della rete secondo le esigenze e modalità definite dalla U.O.C. Sistemi Informativi.

L'Azienda garantisce *la salute e la sicurezza del lavoratore* che svolge la prestazione in modalità agile e a tal fine consegna al lavoratore e al rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, un'informativa scritta in cui sono individuati i rischi generali e i rischi specifici connessi alla particolare modalità di esecuzione del rapporto di lavoro.

E' previsto il *collegamento con gli altri soggetti aziendali interessati*: Comitato unico di garanzia (CUG), nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica di politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata funzionali al miglioramento del benessere organizzativo; *Organismo indipendente di valutazione (OIV)* per verificare l'adeguatezza metodologica degli indicatori del presente PIAO; *Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)* nell'individuazione dei cambiamenti organizzativi e conseguenti adeguamenti tecnologici necessari.

3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile

Premesso che, oltre al CCNL del Comparto Sanita del 2/11/2022, nel corso del 2024 è stata completata la tornata contrattuale delle aree dirigenziali con la stipula del CCNL del Area Sanità del 23/01/2024 e del CCNL Area Funzioni Locali del 16 luglio 2024, per il triennio 2025-2027 l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, consolidato il patrimonio di esperienza maturato sul campo durante tutto il periodo emergenziale e sviluppate le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa e della digitalizzazione dei processi, intende proseguire lo sviluppo dello strumento del lavoro agile, rendendolo sempre più uno strumento volto sia a migliorare la qualità della vita e del lavoro dei soggetti interessati, sia a razionalizzare gli spazi dedicati al lavoro in presenza.

Per questo motivo, nei primi mesi del 2025 è previsto il via del progetto sperimentale "Lab remoto" che dà la possibilità ai dirigenti della UOC Laboratorio Analisi, in orario di reperibilità, di validare/firmare da remoto le richieste e i referti, nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa. Similmente, nei mesi successivi, è previsto lo sviluppo del progetto sperimentale "Radiologia agile" per la firma da remoto dei referti di radiologia.

In attesa della revisione organica del Regolamento aziendale che recepirà le clausole contrattuali delle aree dirigenziali, l'azienda persegue l'obiettivo di migliorare la comunicazione e diffondere nuovi modelli organizzativi che rafforzino, da un lato, il lavoro in autonomia, l'empowerment e la collaborazione con il paziente e, dall'altro, la condivisione delle informazioni e la tempestività di risposta (ad esempio, attraverso lo sviluppo di progetti di telemedicina).

Inoltre, come ribadito dalla circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 29 dicembre 2023, il lavoro agile deve essere utilizzato anche come strumento orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazione di rischio per la salute e quindi come forma di tutela per i lavoratori più "fragili".

Vengono pertanto riportate di seguito alcune azioni oggetto di sviluppo e monitoraggio in conformità alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica.

DIMENSIONI	OBIETTIVI/ INDICATORI	FASE DI SVILUPPO Target 2023	FASE DI SVILUPPO Target 2024	FASE DI SVILUPPO Target 2025
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA			
	Coordinamento organizzativo Lavoro Agile	presente	presente	presente*
	Monitoraggio Lavoro Agile	presente	presente	presente*
	Help desk Informatico dedicato	presente	presente	presente*
	Programmazione per obiettivi/progetti/processi	presente	presente	presente*
	n. Pc per lavoro agile	mantenimento	mantenimento	incremento*
	% lavoratori agili dotati di dispositivi traffico dati	mantenimento	mantenimento	incremento*
	Sistema VPN	presente	presente	presente*
	Intranet	presente	presente	presente*
	% Applicativi consultabili in lavoro agile	100	100	100*
	% Banche dati consultabili in lavoro agile	100	100	100*
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'			
	% lavoratori agili effettivi	mantenimento	mantenimento	incremento*
	% giornate lavoro agile	mantenimento	mantenimento	incremento*
	QUALITA'			
	livello soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti /posizioni organizzative e dipendenti	rilevazione livello 2022	mantenimento rispetto al 2023	incremento rispetto al 2024*

* il target tiene conto della progressiva introduzione del lavoro agile prevista per le aree dirigenziali

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, in coerenza con essa, è finalizzato al potenziamento dei servizi e al miglioramento della loro qualità.

Con nota prot.n. 566036 del 5 novembre 2024 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale sono state fornite le indicazioni per la revisione del piano triennale dei fabbisogni di personale 2024 e l'adozione del piano 2025-2027 alla luce dell'integrazione con il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO). In riscontro alla suddetta nota l'Azienda ULSS7 Pedemontana ha trasmesso con nota prot. n. 107657 del 2 dicembre 2024 all'Area sanità e Sociale della Regione Veneto i documenti richiesti tramite la compilazione della tabella A "Piano dei fabbisogni di personale" per gli esercizi 2024-2025-2026-2027. Con prot. regionale. n. 1062 del 02/01/2025 la Regione del Veneto ha approvato l'aggiornamento del piano triennale dei fabbisogni per il 2024, il piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2025 – 2027 e le dotazioni organiche 2024 e 2025.

Sulla base delle osservazioni pervenute, l'Azienda ha quindi provveduto ad adottare in via definitiva, con deliberazione del Direttore Generale n. 141 del 28.01.24, l'aggiornamento del Piano triennale dei Fabbisogni.

3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni

Le politiche di reclutamento di personale avviate dalla direzione strategica a partire dal 2021 hanno registrato una tendenza positiva nel trend assunzionale, pur non riuscendo a contrastare le criticità legate al reperimento di personale in alcune discipline mediche e profili del comparto che permangono da anni e riguardano la generalità delle Aziende del Servizio sanitario.

La difficoltà nel reperimento di personale sanitario impone scelte strategiche e di organizzazione che traducano operativamente il processo di consolidamento e interoperabilità all'interno di tutto il territorio aziendale.

Il 2024 ha registrato un incremento delle attività (sia in termini di accesso ai servizi, in particolare di Pronto Soccorso, sia in termini di prestazioni ambulatoriali e che di attività operatoria), alle quali l'Azienda ha dovuto far fronte nella maggior parte dei casi a invarianza di personale, talvolta anche ridotto da assenze prolungate del personale strutturato che non è stato possibile sostituire.

Per far fronte alla crescente richiesta di prestazioni è stata incrementata non solo l'attività aggiuntiva, ma anche quella istituzionale, e si è confermata la necessità di ricorrere alla stipula di contratti libero professionali ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001, previo accertamento dell'impossibilità di garantire i servizi tramite il personale già in servizio o mediante le forme di reclutamento ordinario, a tempo indeterminato o determinato. In armonia con le disposizioni di cui al Piano socio sanitario 2019 – 2023 approvato con la legge regionale del Veneto 28 dicembre 2018, n. 48, l'Azienda prevede comunque, anche all'interno dei contratti individuali stipulati con ciascun libero professionista, che l'incarico conferito "potrà cessare anticipatamente in caso di immissione in servizio di personale dipendente o convenzionato a garanzia del relativo fabbisogno ovvero di mancato rinnovo della prevista autorizzazione regionale".

La programmazione delle assunzioni per il triennio 2025 – 2027 è stata oggetto di una attenta pianificazione, che tenga conto della necessità di armonizzare i modelli e gli standard per lo sviluppo e l'assistenza territoriale definiti dal DM 77 con la programmazione della progressiva conclusione dei progetti di adeguamento delle strutture finanziate con i fondi provenienti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nonché del consolidamento di una dotazione di personale stabilmente assegnata all'ospedale di Asiago che consenta una più efficiente gestione delle risorse umane, attualmente organizzate in un'ottica di interoperabilità che, pur garantendo il mantenimento dei servizi, si riverbera sull'efficienza delle singole unità operative.

Il progressivo consolidarsi di risorse mediche e del comparto sanitario permetterà inoltre di ridurre il ricorso alla libera professione aziendale e al personale externalizzato.

Tra le politiche adottate dall'Azienda per trattenere i professionisti (*retention*), vi è una particolare attenzione alle richieste di part-time, anche al di là dei posti messi a bando annualmente, per permettere loro una maggiore conciliazione dei tempi vita-lavoro.

Inoltre, una particolare attenzione è stata rivolta anche alla copertura degli incarichi di funzione organizzativa, professionale e di coordinamento che si sono resi vacanti, come previsto per il personale del Comparto con deliberazione del Direttore Generale n. 1219 del 14/07/2023.

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

Azienda				507 -		4.292.910		210.424.051										
				DIPENDENTI					NON DIPENDENTI									
Macroprofili	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI (TI + DL CALABRIA+FINANZ)	Non Dipendenti1 FTE ANNUI (TDET+LP+SAI+COSULLENZE)	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario (ESCLUSO IVC MAGGIORATA)	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 Somministrazioni	Costo Attività di Consulenza	TOTALE ³	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ⁴	Altre Tipologie	
				TEMPO INDETERMINATO + DL CALABRIA + FINANZIATI	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁵	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili					Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
				€ 206.131.141,00	€ -	€ 299.012,00	€ 1.966.454,00	€ -	€ 5.537.604,62	€ 9.866.989,00					L	-	-	
						€ 265.070,00	€ 461.190,00			€ 303.507,00								
				C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	611,5	154,7	€ 58.862.365	€ -	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 4.839.264	€ 7.667.533	€ 442.098	€ -	€ 425.704	€ 8.535.334	€ -	€ -	€ 3.865.263
	Dirigenza veterinaria	S	27,2	-	€ 2.648.724	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 40.000	€ -	€ -	€ -	€ 40.000	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	74,2	3,0	€ 5.461.259	€ 81.529	€ -	€ -	€ -	€ 698.340	€ -	€ 91.703	€ -	€ 41.839	€ 133.541	€ 113.637	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS			€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	24,8	1,0	€ 2.225.286	€ 30.583	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 29.391	€ -	€ -	€ 29.391	€ -	€ 14.000	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			737,7	158,7	€ 69.197.634	€ 112.112	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 5.537.605	€ 7.707.533	€ 563.191	€ -	€ 467.543	€ 8.738.267	€ 113.637	€ 14.000
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.756,7	15,4	€ 75.628.736	€ -	€ 226.654	€ 124.553	€ -	€ -	€ -	€ 656.299	€ 100.000	€ -	€ 756.299	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	185,3	6,6	€ 7.272.226	€ -	€ 38.416	€ 336.636	€ -	€ -	€ 39.000	€ 161.654	€ -	€ -	€ 200.654	€ 11.894	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	187,5	3,7	€ 6.903.370	€ 885.436	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.945	€ 138.132	€ -	€ -	€ 154.077	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	74,0	4,0	€ 3.207.783	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	7,5	-	€ 420.969	€ 36.922	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	SS	669,3		€ 21.003.437	€ 993.471	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS	232,7	-	€ 7.574.682	€ 642.694	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale (*)	PA	384,0	0,7	€ 12.988.069	€ 243.043	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 140.575	€ -	€ -	€ 140.575	€ 66.452	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			3.496,9	30,4	€ 134.999.272	€ 2.801.566	€ 265.070	€ 461.190	€ -	€ -	€ 54.945	€ 1.279.284	€ 100.000	€ -	€ 1.434.229	€ 78.346	€ -
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			4.234,6	189,1	€ 204.196.906	€ 2.913.678	€ 564.082	€ 2.676.821	€ -	€ 5.537.605	€ 7.762.478	€ 1.842.475	€ 100.000	€ 467.543	€ 10.172.496	€ 191.983	€ 14.000	€ 3.865.263

(*) si prevede la copertura di circa 35 posizioni di collaboratore amministrativo (progressioni tra le aree ex art. 21 CCNL 02.11.22), nei limiti delle risorse disponibili assegnate pari a €

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.ii.

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

6 - Indicare anche le prestazioni finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

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

Azienda

507 -

4.292.910 210.424.051

					DIPENDENTI					NON DIPENDENTI									
Macroprofili		Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI (TI + DL CALABRIA+FIN ANZ)	Non Dipendenti1 FTE ANNUI (TDet+LP+SAI+ COSULENZE)	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario (ESCLUSO IVC MAGGIORATA)	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale e Universitari	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 Somministrazioni e	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	
					TEMPO INDETERMINATO + DL CALABRIA + FINANZIATI	-	-	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 Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili					Con Specifico Finanziamento ⁴	-	-	
					€ 206.131.141,00	€ -	€ 299.012,00	€ 1.966.454,00	€ -	€ 5.537.604,62	9.868.989,00					L	-	-	
					C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+L+M+N	P	Q	R	
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	611,5	154,7	€ 58.777.740	€ -	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 4.839.264	€ 7.667.533	€ 442.098	€ -	€ 425.704	€ 8.535.334		€ -	€ 3.865.263	
	Dirigenza veterinaria	S	27,2	-	€ 2.619.156	€ -	€ -	€ -	€ -		€ 40.000	€ -	€ -		€ 40.000	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza sanitaria	S	74,2	3,0	€ 6.653.985	€ 81.529	€ -	€ -	€ -	€ 698.340		€ 91.703	€ -	€ 41.839	€ 133.541	€ 113.637	€ -	€ -	
	Dirigenza socio-sanitario	SS				€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	-	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	24,8	1,0	€ 2.200.444	€ 30.583	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 29.391	€ -		€ 29.391	€ -	€ 14.000	€ -	
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			737,7	158,7	€ 70.251.325	€ 112.112	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 5.537.605	€ 7.707.533	€ 563.191	€ -	€ 467.543	€ 8.738.267	€ 113.637	€ 14.000	€ 3.865.263
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.756,7	15,4	€ 75.947.384	€ -	€ 226.654	€ 124.553	€ -	€ -	€ -	€ 656.299	€ 100.000	€ -	€ 756.299	€ -	€ -	€ -	
	Personale tecnico sanitario	S	185,3	6,6	€ 7.191.046	€ -	€ 38.416	€ 336.636	€ -	€ -	€ 39.000	€ 161.654	€ -	€ -	€ 200.654	€ 11.894	€ -	€ -	
	Personale della riabilitazione	S	187,5	3,7	€ 7.284.011	€ 885.436	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.945	€ 138.132	€ -	€ -	€ 154.077	€ -	€ -	€ -	
	Personale della prevenzione	S	74,0	4,0	€ 3.171.974	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo sanitario	S	7,5	-	€ 416.270	€ 36.922	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	OSS/OTAA	SS	669,3		€ 21.739.661	€ 993.471	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ -	
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS	232,7	-	€ 7.743.008	€ 642.694	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	384,0	0,7	€ 12.952.719	€ 243.043	€ -	€ -	€ -	€ -	-	€ 140.575	€ -	€ -	€ 140.575	€ 66.452	€ -	€ -	
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			3.496,9	30,4	€ 136.446.073	€ 2.801.566	€ 265.070	€ 461.190	€ -	€ -	€ 54.945	€ 1.279.284	€ 100.000	€ -	€ 1.434.229	€ 78.346	€ -	€ -
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			4.234,6	189,1	€ 206.697.397	€ 2.913.678	€ 564.082	€ 2.676.821	€ -	€ 5.537.605	€ 7.762.478	€ 1.842.475	€ 100.000	€ 467.543	€ 10.172.496	€ 191.983	€ 14.000	€ 3.865.263

- 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 finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

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

Azienda

507 -

4.292.910 210.424.051

					DIPENDENTI				NON DIPENDENTI												
Macroprofili		Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI (TI + DL CALABRIA+FIN ANZ)	Non Dipendenti1 FTE ANNUI (TDET+LP+SAI+ COSULENZE)	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario (ESCLUSO IVC MAGGIORATA)	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Personale e Universita- rio	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 Somministrazioni e	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			
					TEMPO INDETERMINATO + DL CALABRIA + FINANZIATI	-	-	Con Specifico Finanziamento ⁶	-	-	Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e personale non dirigenziale appartente ai profili sanitario e socio-sanitario Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili					Con Specifico Finanziamento ⁴				-	-
					€ 206.131.141,00	€ -	€ 299.012,00	€ 1.966.454,00	€ -	€ 5.537.604,62	9.868.988,00					L				-	-
							€ 265.070,00	€ 461.190,00			303.507,00					P				Q	R
					C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O=L+L+M+N						
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	611,5	154,7	€ 58.777.740	€ -	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 4.839.264	€ 7.667.533	€ 442.098	€ -	€ 425.704	€ 8.535.334	€ -	€ -	€ 3.865.263			
	Dirigenza veterinaria	S	27,2	-	€ 2.619.156	€ -	€ -	€ -	€ -		€ 40.000	€ -	€ -		€ 40.000	€ -	€ -	€ -			
	Dirigenza sanitaria	S	74,2	3,0	€ 6.653.985	€ 81.529	€ -	€ -	€ -	€ 698.340		€ 91.703	€ -	€ 41.839	€ 133.541	€ 113.637	€ -	€ -			
	Dirigenza socio-sanitario	SS				€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -			
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	24,8	1,0	€ 2.200.444	€ 30.583	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 29.391	€ -		€ 29.391	€ -	€ 14.000	€ -			
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE			737,7	158,7	€ 70.251.325	€ 112.112	€ 299.012	€ 2.215.631	€ -	€ 5.537.605	€ 7.707.533	€ 563.191	€ -	€ 467.543	€ 8.738.267	€ 113.637	€ 14.000	€ 3.865.263			
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.756,7	15,4	€ 75.947.384	€ -	€ 226.654	€ 124.553	€ -	€ -	€ -	€ 656.299	€ 100.000	€ -	€ 756.299	€ -	€ -	€ -			
	Personale tecnico sanitario	S	185,3	6,6	€ 7.191.046	€ -	€ 38.416	€ 336.636	€ -	€ -	€ 39.000	€ 161.654	€ -	€ -	€ 200.654	€ 11.894	€ -	€ -			
	Personale della riabilitazione	S	187,5	3,7	€ 7.284.011	€ 885.436	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.945	€ 138.132	€ -	€ -	€ 154.077	€ -	€ -	€ -			
	Personale della prevenzione	S	74,0	4,0	€ 3.171.974	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ 177.478	€ -	€ -	€ -			
	Altro personale ruolo sanitario	S	7,5	-	€ 416.270	€ 36.922	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -			
	OSS/OTAA	SS	669,3		€ 21.739.661	€ 993.471	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ 5.146	€ -	€ -	€ -			
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	232,7	-	€ 7.743.008	€ 642.694	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -			
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	384,0	0,7	€ 12.952.719	€ 243.043	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 140.575	€ -	€ -	€ 140.575	€ 66.452	€ -	€ -			
	TOTALE PERSONALE COMPARTO			3.496,9	30,4	€ 136.446.073	€ 2.801.566	€ 265.070	€ 461.190	€ -	€ -	€ 54.945	€ 1.279.284	€ 100.000	€ -	€ 1.434.229	€ 78.346	€ -	€ -		
TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE			4.234,6	189,1	€ 206.697.397	€ 2.913.678	€ 564.082	€ 2.676.821	€ -	€ 5.537.605	€ 7.762.478	€ 1.842.475	€ 100.000	€ 467.543	€ 10.172.496	€ 191.983	€ 14.000	€ 3.865.263			

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 finanziarie utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e.i. (Cd Fondo Balduzzi)

3.3.2 Formazione del personale

La formazione rientra nelle strategie di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo che attraverso il Piano Formativo Aziendale (PFA) quale strumento fondamentale per la pianificazione, la programmazione, la realizzazione e la gestione della formazione rivolta ai professionisti dell'Azienda, si pone come ponte di congiunzione tra l'attenzione alla persona assistita e i suoi bisogni di salute e la valorizzazione delle risorse umane.

Tramite la formazione, l'Azienda incrementa le competenze degli operatori della salute contribuendo alla crescita professionale e personale dei dipendenti favorendo la fidelizzazione dei dipendenti.

Il PFA prevede tematiche di rilevanza strategica relativi alla formazione sui temi della sicurezza, prevenzione della corruzione, rischio clinico, tematiche individuate dagli obiettivi regionali e/o nazionali e corsi di sviluppo professionale richiesti dalle strutture dedicati a specifiche tematiche.

L'AULSS 7 Pedemontana in qualità di Provider ECM, ovvero soggetto autorizzato ad accreditare eventi formativi in Educazione Continua in Medicina, in base alla D.G.R. n. 2215 del 20/12/2011, risponde all'obbligo di inserire nel portale regionale il Piano Formativo Aziendale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento del Piano Formativo.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2025 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 2427 del 30/12/2024.

Sono state introdotte alcune proposte innovative, tra queste:

- ✓ Empowerment e narrazione con l'obiettivo di offrire un momento di riflessione condivisa sul percorso lavorativo, con particolare attenzione ai mentori e alle opportunità di sviluppo delle competenze
- ✓ Gestione e accompagnamento al lutto a supporto degli operatori nella gestione dell'esposizione a eventi traumatici con l'obiettivo di ridurre il rischio di stress professionale in situazioni di malattia con prognosi infausta, favorendo un ambiente di lavoro più sano
- ✓ Visual Management nei Poliambulatori per l'utilizzo di tecniche visive per migliorare i percorsi assistenziali
- ✓ Music Medicine al fine di offrire un approccio terapeutico alternativo per supportare il recupero dei pazienti
- ✓ Formazione Soft Skills comunicative e relazionali per migliorare la collaborazione tra dipendenti
- ✓ La documentazione aziendale secondo la logica della qualità che coinvolge la comunità di pratica dei Referenti qualità e formazione di tutta l'azienda per ottenere un'uniformità degli strumenti operativi.

La spesa prevista per la realizzazione del PFA 2025 ammonta ad € 345.574,57, suddivisa negli ambiti di formazione, come riportato nella seguente tabella:

Afferenza	Corsi	Edizioni	Costi
DIRETTORE GENERALE proposti dalle strutture in Staff al Direttore Generale	17	113	€116.162,28
DIREZIONE AMMINISTRATIVA proposti dalle UUOCC amministrative	12	18	€14.742,84
DIREZIONE SANITARIA proposti dalle strutture ospedaliere ed in staff al DS	105	308	€164.060,83
DIREZIONE SERVIZI SOCIO-SANITARI proposti dalle UUOO Distrettuali	31	53	€30.349,72
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE proposti dal Dipartimento di Prevenzione	9	21	€14.468,90
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE proposti dal DSM e Dip. Dipendenze	2	4	€5.790,00
Totali	176	517	€345.574,57

4. MONITORAGGIO

Le attività, gli strumenti e le modalità di monitoraggio sono riportate nelle singole sezioni di cui si compone il presente Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Tali attività fanno riferimento comunque a quanto previsto dalla normativa, in particolare, per quanto riguarda gli obiettivi di performance l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio e la rendicontazione della performance su tre livelli:

- livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi degli obiettivi operativi indicati in questo documento (performance aziendale), con particolare attenzione agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie;
- livello di singola Unità Operativa, Complesse e Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Per quanto riguarda i Rischi corruttivi e trasparenza, il monitoraggio avviene secondo le indicazioni di ANAC e secondo quanto previsto nel paragrafo 2.3.3; per la sezione Organizzazione e capitale umano, il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di cui all'art.14 del D.Lgs. 150/2009.

Un ulteriore elemento di monitoraggio è rappresentato dall'analisi di tutte le segnalazioni che giungono all'URP, che vengono organizzate e analizzate in una relazione annualmente prodotta che delinea ulteriormente il punto di vista dei pazienti che si rivolgono all'Azienda ULSS7 Pedemontana.

Per la valutazione complessiva del PIAO, si prevedono dei momenti di verifica sullo stato di attuazione, promossi dalla UOC Controllo di Gestione con il coinvolgimento delle altre strutture interessate dai vari piani ivi assorbiti.

Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità o della necessità di modifiche a causa di cambiamenti fattuali o normativi, interni ed esterni all'Azienda, o che possono comunque essere rilevanti per l'aggiornamento annuale del PIAO.

5. ELENCO ALLEGATI

Allegato 1 - Obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Regione con DGR 1557 del 30/12/2024

Allegato 2 - Elenco referenti obblighi di pubblicazione

Allegato 3 - Piano anticorruzione 2025-2027

Allegato 4 - Piano Formativo Aziendale 2025