

REGIONE DEL VENETO



ULSS9
SCALIGERA

2022

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) AULSS 9 Scaligera 2022-2024



PREMESSA	3
Il Percorso Procedurale	3
Fase Transitoria	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AZIENDA ULSS 9 SCALIGERA	4
Mission e Vision dell’Azienda	5
L’azienda in Cifre	6
Analisi dati Demografici ed Epidemiologici	6
Strutture ed attività	11
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	12
Valore pubblico	12
Identificazione del Valore pubblico	12
Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico	17
La misurazione del Valore Pubblico	18
Performance	19
Piano Socio-Sanitario Regionale	19
Obiettivi da programmazione regionale	21
Le altre progettualità aziendali	25
Misurazione e valutazione della performance	26
Timing del processo	27
Rischi corruttivi e trasparenza	28
Parte I Gestione dei Rischi Corruttivi	28
Parte II Obblighi di Trasparenza	64
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	75
Struttura organizzativa	75
Le linee di produzione	75
Assetto e modello organizzativo dell’azienda	75
L’organizzazione dipartimentale	76
Le Unità Operative	76
Il personale dipendente e convenzionato	77
Organizzazione del lavoro agile	82
Livello di attuazione e sviluppo	82
Programma di sviluppo del lavoro agile	83
Modalità attuative	83
Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro	83
Co-Working e lavoro in postazioni diverse da quella di assegnazione	84
Formazione	84
Soggetti Aziendali coinvolti	84

Piano triennale dei fabbisogni di personale	87
Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Dipendenti	88
Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Non Dipendenti	88
Re Internalizzazioni	89
Piano Formativo Annuale Anno 2022	90
Modalità di Comunicazione Interna Ed Esterna	93
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	94

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione. Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, i seguenti atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni:

- Piano della performance 2022-2024 adottato con deliberazione n. 92 del 31/1/2022;
- Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 adottato con deliberazione n. 81 del 27/01/2022;
- Piano organizzativo del lavoro agile adottato con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021;
- Piano triennale dei fabbisogni 2022 – 2024 adottato con deliberazione 936 del 30/11/2021;
- Piano Formativo Aziendale Anno 2022 adottato con deliberazione n. 1002 del 16/12/2021.

Il Percorso Procedurale

Il percorso procedurale di adozione del PIAO disciplinato dal D.L. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, prevedeva che entro centoventi giorni dalla sua entrata in vigore (8 ottobre 2021):

- con uno o più D.P.R. sarebbero stati individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti nel PIAO;
- sarebbe stato adottato, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, un "PIAO tipo", quale strumento di supporto per le P.A.

Il successivo D.L. del 30 dicembre 2021, n. 228 - Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (c.d. Milleproroghe) – ha modificato il predetto percorso, disponendo che:

- 1) limitatamente all'anno 2022, il termine di adozione del PIAO, fissato al 31 gennaio, è stato prorogato al 30 aprile 2022;
- 2) sono stati differiti al 31 marzo 2022 i termini previsti per l'emanazione di uno o più decreti del Presidente della Repubblica per individuare e abrogare gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al D.L. 80/2021 e per l'adozione, con Decreto Ministeriale, del "PIAO tipo";
- 3) fino al termine del 30 aprile 2022 è stata esclusa l'applicazione delle sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:
 - a) articolo 10, comma 5, del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 (Piano della performance);
 - b) articolo 14, comma 1, della Legge 7 agosto 2015, n. 124 (Piano organizzativo del lavoro agile);
 - c) articolo 6, comma 6, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Piano del fabbisogno del personale).

Infine è stata ulteriormente differita la scadenza con il D.L.n. 36 del 30 aprile 2022 - art 7 comma 1- lettera a) che ha apportato le seguenti modifiche all'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113:

- 1) al comma 6-bis le parole «entro il 30 aprile 2022» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 30 giugno 2022»;
- 2) dopo il comma 7 e' inserito il seguente: «7-bis. Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.

Fase Transitoria

Nelle more della compiuta definizione delle modalità di esecuzione della citata normativa, l'azienda ha ritenuto opportuno dotarsi del PIAO individuando un referente unico aziendale con funzioni di coordinatore e un gruppo di lavoro (Deliberazione Direttore generale n.427 del 28.04.2022) per facilitare il processo per la stesura del piano al fine di adempiere alle disposizioni attualmente vigenti, in quanto documento strategico fondamentale per la gestione delle attività.

L'Azienda provvederà ad integrare e/o modificare il presente documento a seguito delle future ulteriori disposizioni normative e direttive nazionali e regionali che interverranno in materia (decreti attuativi previsti dal DL 80/2021 e i provvedimenti regionali previsti dal DL 36/2022).

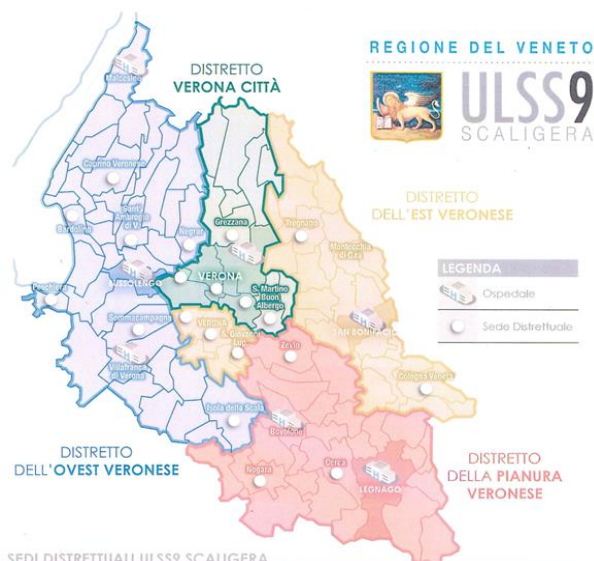
SEZIONE 1. Scheda Anagrafica dell'Azienda ULSS 9 Scaligera

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

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

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

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



SEDI DISTRETTUALI ULSS9 SCALIGERA

Distretto VERONA CITTÀ		Distretto della PIANA VERONESE	
GREZZANA	Piazza Bertara 045 807 5190	BOVOLONE	Piazzale Fleming - c/o Ospedale 045 6995519
S. M. BUON ALBERGO	Via Nazionale, 13 045 991 822	CEREA	Via Monte Carega 0442 30500
VERONA	Via Campana, 1 045 815 7341	LEGNAGO	Via C. Galetta, 1 - c/o Ospedale 0442 822376
	Via C. Menotti, 18/a 045 834 0464	NOGARA	Via Raffa - c/o Centro S.P. 0442 537823
	Via del Capitol, 22 045 878 7777	ZEVIO	Via Chiarenzi, 2 045 6086195
	Via Paloni, 1 045 807 5571	Distretto dell'OVEST VERONESE	
	Via della Prateris, 9C - Fraz. Montorio 045 884 0783	BARDOLO	Via Gardesana Dell'Acqua, 9 045 6213100
Collegio dell'EST VERONESE		BUSSOLENGO	Via C. A. Dalla Chiesa 045 6712451
COLOGNA VENETA	Via Rinascimento 0442 425 079	CAPRINO VERONESE	Via Cappuccini, 34 045 6207198
MONTECCHIA DI C.A.R.A.	Piazza Umberto, 1 045 745 0016	SANT'AMBROGIO	Via Stazione, 7 - Fraz. Domegliara 045 6864202
SAN BONAFOCIO	Via Circonvallazione, 1 - c/o Osped. 045 613 8426	DI VAIPOZZELLA	
S. GIOVANNI LURIDO	Via Balzano, 14 045 829 9811	ISOLA DELLA SCALA	Piazzale Kennedy, 1 045 6648422
TREGNAGO	Via Masalunga, 7 045 780 8366	MALCESINE	Via Gardesana, 57 045 6589369
VERONA	Via Bengasi, 4 045 493 2111	NEGRAR	Via Francia, 5 045 7501088
	Via Vianello, 39 045 950 655	PESCHIERA DEL G.	Via Milano, 2 045 7500046
		SOMMACAMPAGNA	Piazza Repubblica, 1 045 510300
		VILLAFRANCA DI V.	Via ospedale, 2 - c/o Ospedale 045 6338480

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

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

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

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

Mission e Vision dell'Azienda

Come definito nell'Atto Aziendale, la missione e la visione strategica aziendali possono essere descritte nel seguente modo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- cittadino al centro della strategia aziendale: definire un sistema di offerta commisurato ai bisogni della popolazione per fornire assistenza e servizi con risposte veloci ed appropriate per la salute dei cittadini;
- governo clinico dell'assistenza: definire e utilizzare un sistema di «standard», sostenuto dalla letteratura e dall'applicazione sul campo, che permetta di programmare e monitorare l'organizzazione dei servizi, dei processi, delle performance, delle risorse umane, della tecnologia e dei risultati di salute del Servizio Socio Sanitario regionale;
- semplificazione amministrativa: a vantaggio dell'offerta di assistenza sanitaria: la creazione dell'Azienda Zero come infrastruttura di supporto tecnico amministrativo per permettere anche alla nostra azienda di dedicarsi maggiormente all'attività istituzionale (prevenzione e cura della salute dei cittadini veneti);
- sostenibilità economica del sistema: espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell'impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute;

- rete dei servizi socio sanitari territoriali: in collaborazione con le istituzioni territoriali del terzo settore;
- centralità della persona e umanizzazione delle cure: la centralità della persona è il principio ordinatore di tutto il sistema dell'accoglienza e dell'organizzazione dei servizi dell'azienda.
- superamento della frammentazione delle diverse competenze: talvolta dovuta alle norme e altre volte all'organizzazione dei Servizi stessi: più integrazione, quindi, per una migliore e più efficace risposta ai cittadini;
- lavorare affinché la specializzazione di Servizi e degli operatori non si traduca in un lavoro "in esclusiva" rispetto al quale il territorio si sente esautorato: più collaborazione e sussidiarietà, nella prospettiva generativa che i servizi socio-sanitari possono far crescere le comunità locali attivando relazioni di reciprocità, fiducia e solidarietà.

L'azienda in Cifre

Analisi dati Demografici ed Epidemiologici

L'Azienda assicura servizi e assistenza socio-sanitaria ad una popolazione complessiva, al 31/12/2021, di 929.106 residenti, distribuita in 98 comuni e raggruppata in quattro distretti socio sanitari. Verona è la seconda provincia del Veneto per estensione e per numero di abitanti. Nell'anno 2021 la popolazione è rimasta sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (+665 abitanti, +0,07%).

Tabella 1 Popolazione al 31/12/2020 e al 31/12/2021. Fonte: anagrafi comunali.

classi di età	al 31/12/2020			al 31/12/2021			saldo 2021-2020 TOTALE
	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	
da 0 a 4	37.085	19.099	17.986	35.960	18.465	17.495	-1.125
da 5 a 14	88.396	45.477	42.919	87.352	44.955	42.397	-1.044
da 15 a 24	90.867	46.974	43.893	91.338	47.116	44.222	471
da 25 a 44	221.040	111.257	109.783	218.316	110.039	108.277	-2.724
da 45 a 64	283.315	141.734	141.581	285.699	142.992	142.707	2.384
da 65 a 74	102.079	48.590	53.489	101.380	48.370	53.010	-699
oltre 75	105.659	42.560	63.099	109.061	44.346	64.715	3402
totale	928.441	455.691	472.750	929.106	456.283	472.823	665

I residenti e assistiti in ULSS esenti da ticket (dato rilevato al 31/12/2021) suddivisi tra i principali aggregati di esenzioni sono: 172.533 per reddito; 316.556 per invalidità, malattie rare e patologia. I residenti assistiti con almeno una esenzione nell'esercizio 2021 sono 356.728, di questi 167.452 hanno più di un'esenzione per reddito e/o per patologia. La popolazione dell'ULSS 9 Scaligera è composta principalmente da adulti: il 31% ha un'età tra i 45 ed i 64 anni e il 23% sono over sessantacinquenni.

Figura 1 Piramide Demografica al 01/01/2021. Fonte: www.tuttitalia.it

I principali indicatori calcolati sulla popolazione residente nell'intera provincia di Verona e negli ambiti territoriali delle tre ex aziende riportati in Tab. 2 sono importanti per valutare l'impatto delle caratteristiche demografiche sul sistema sanitario e sociale:

-l'indice di natalità (anno 2020) indica che vi sono stati 7,4 nati ogni 1000 ab. in costante riduzione dal 2008 (10,6%);

- l'indice di carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, in provincia di Verona nel 2021 ci sono 55,8 individui a carico, ogni 100 che lavorano.

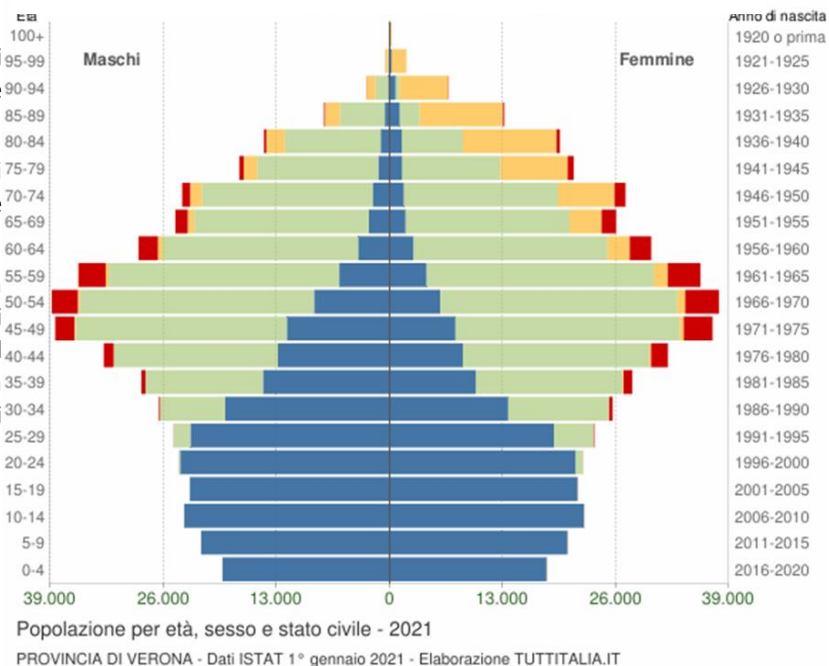


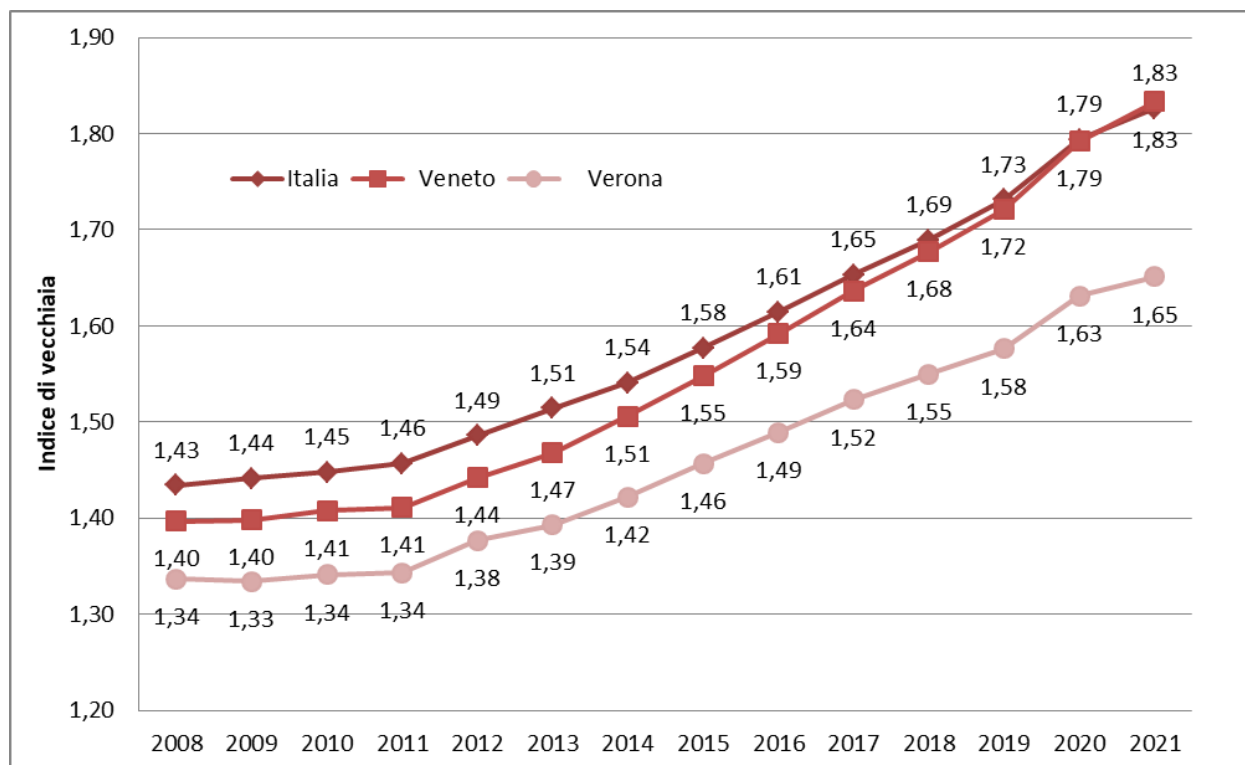
Tabella 2 Principali indicatori demografici dell'ULSS 9 suddivisi per distretto Fonte: Istat (dati.istat.it) 01/01/2021

DISTRETTO	Distretti 1 e 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS9 SCALIGERA
Popolazione al 01/01/2021	473.091	154.810	299.909	927.810
N.Comuni	36	25	37	98
Nati Vivi	3.499	1.175	2.146	6.820
Deceduti	6.062	1.935	3.166	11.163
Saldo naturale	-2.563	-760	-1.020	-4.343
Stranieri Residenti	64.912	17.795	32.627	115.334
% residenti 0-14	13,23	13,62	13,89	13,51
% residenti >=65	23,09	22,66	20,88	22,31
% residenti stranieri	13,26	10,80	10,70	12,02
Indice di natalità*	7,4	7,6	7,2	7,4
Indice di vecchiaia	1,7	1,7	1,5	1,7
Indice di carico sociale	57,0	57,0	53,3	55,8
Indice di dipendenza giovanile	20,8	21,4	21,3	21,0
Indice di dipendenza senile	36,3	35,6	32,0	34,8

*anno 2020

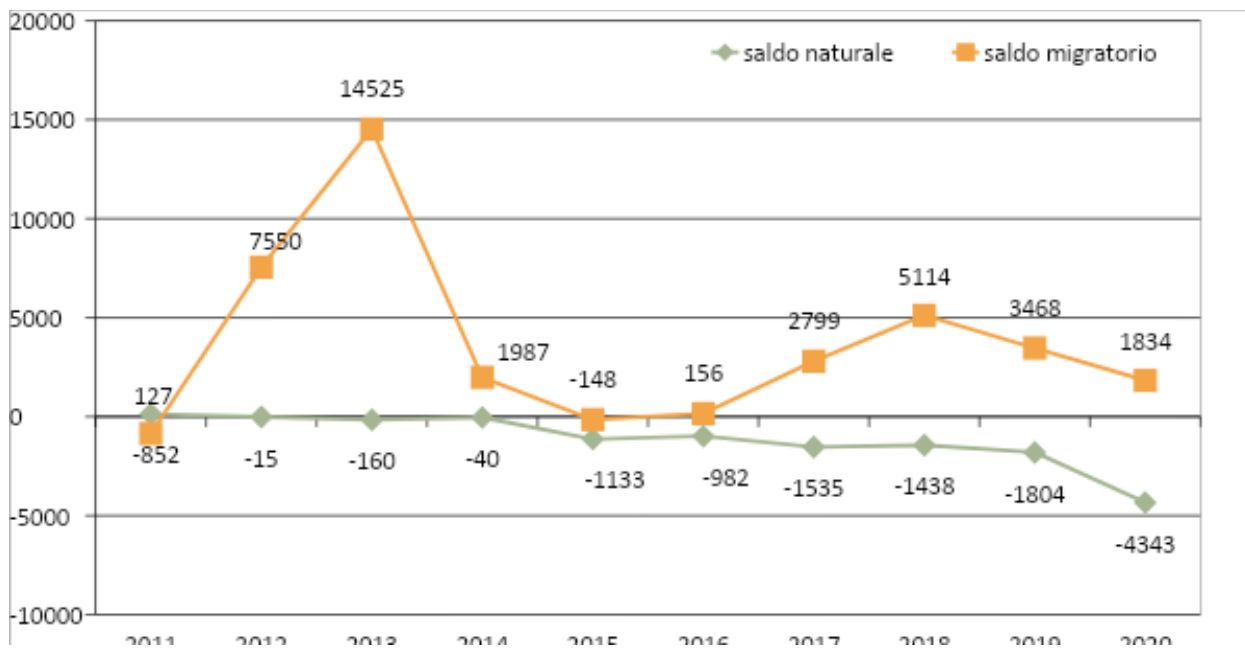
-l'indice di vecchiaia che arriva al 1,65 (165 anziani ogni 100 giovani) in ulteriore aumento rispetto all'anno precedente (1,62) anche se inferiore al dato regionale e nazionale (1,83)

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



Il saldo naturale è in costante calo, compensato in parte dal saldo migratorio che risulta comunque in riduzione negli ultimi 10 anni.

Grafico 2 saldo naturale e migratorio ulss9



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

Tabella 3 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per genere – anno 2020

Età	Ulss 9		Veneto		Italia	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
0 anni	80,4	85	80,7	85,2	79,8	84,5
65 anni	18,5	21,9	18,8	22,2	18,3	21,7

L'azienda ULSS è in grado di analizzare le condizioni di salute della popolazione grazie al sistema ACG (Adjusted Clinical Groups), strumento di misurazione e di analisi delle condizioni di salute, adottato e utilizzato da alcuni anni dalla Regione del Veneto, in grado di classificare tutta la popolazione per livello di complessità assistenziale con la finalità di identificare i bisogni e conseguentemente strutturare una risposta assistenziale adeguata.

L'utilizzo del sistema ACG nell'azienda ULSS 9 è particolarmente utile per: confrontare il case-mix dei quattro Distretti; identificare assistiti affetti da determinate patologie; creare liste di care management anche al fine di attribuire ai Distretti un budget tarato sull'effettivo case mix della propria popolazione; stimolare l'utilizzo di best practice sperimentate ed evidenziare possibili azioni di razionalizzazione della spesa.

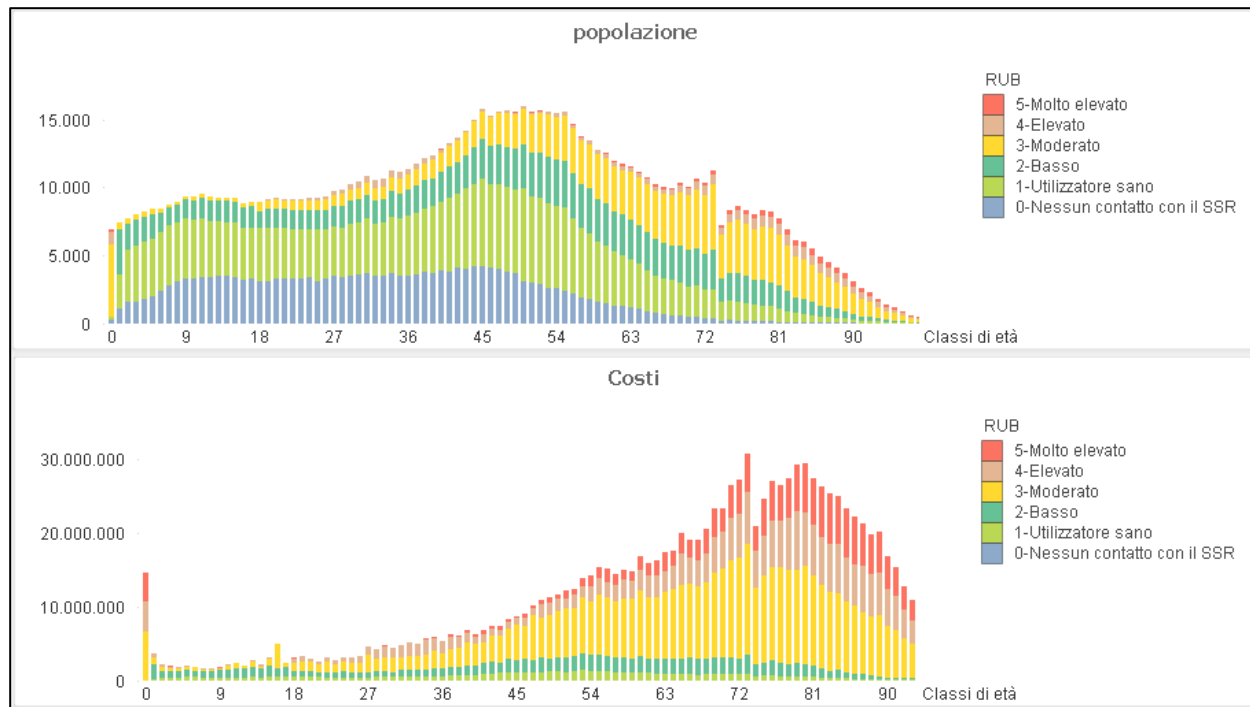
Tabella 4 Indicatori di sintesi demografici e di output del sistema ACG. Anno 2019

	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	Totale
N Assistiti	251.093	240.487	155.867	302.597	950.044
Età media	47	44	45	44	45
% >=65 anni	25,3%	21,5%	23,1%	21,2%	22,7%
Case-mix (media dei pesi locali)	1,02	1,00	1,09	0,93	1,00
% assistiti con una condizione ospedaliera dominante >=1	6%	6%	6%	5%	6%
% assistiti con condizioni croniche >=3	10%	9%	10%	8%	9%
% assistiti con problemi di salute (ADGs) maggiori >2	2%	2%	2%	2%	2%
N° medio diagnosi croniche e acute (EDC) (per assistito)	1,2	1,3	1,3	1,1	1,2
N° medio principi attivi farmaci rimborsati dal SSN (per assistito)	1,9	1,9	2,0	1,8	1,9
N° persone con BPCO (moderata/grave solo da diagnosi)	1.777	1.717	1.530	2.501	7.525
N° persone con DIABETE (da diagnosi o farmaci antidiabetici)	13.333	13.258	9.655	15.136	51.382
N° persone con SCOMPENSO (solo da diagnosi)	4.221	3.907	2.529	4.426	15.083

Gli ultimi dati disponibili evidenziano che il distretto 4 presenta un case mix meno pesante (coerentemente con quanto emerge nell'analisi demografica), mentre il Distretto 3 presenta la popolazione con il quadro patologico più complesso.

Utilizzando le classi di rischio RUB (Resource Utilization Bands) della popolazione, si evidenzia come il carico di complessità assistenziale sia strettamente legato all'invecchiamento della popolazione.

Figura 2 Distribuzione della popolazione generale e dei costi totali per carico di malattia (RUB) e per classi di età. Anno 2019. Fonte: archivio ACG Azienda ULSS 9 Scaligera



Strutture ed attività

Nel complesso per l'assistenza ospedaliera, l'ULSS 9 viene garantita da **14 ospedali** che all'01/01/2021 disponevano di **2.356 posti letto** (1.471 nelle 7 strutture private accreditate) in riduzione rispetto alle dotazioni previste dalle schede regionale in quanto molti reparti di degenza hanno dovuto sospendere temporaneamente l'attività per garantire l'assistenza nelle nuove sezioni dedicate a pazienti Covid. Nel 2021 i presidi dell'ULSS 9 (gestione diretta o privati) hanno erogato 91.365 ricoveri; nel 2020 sono stati 88.632 e nel 2018-2019 erano stati oltre 100.000.

I **ricoveri** complessivamente erogati ai residenti (numero di ricoveri erogati da strutture aziendali a gestione diretta e convenzionate/accreditate + numero di ricoveri erogati in mobilità passiva intra regionale per i residenti dell'ULSS 9) sono stati **108.111 con** un aumento rispetto al 2020 di 2.215 ricoveri (2%) in calo di 14.276 ricoveri rispetto al 2019, ultimo anno pre-pandemia, dei quali 26% da strutture a gestione diretta ULSS 9, 34% da strutture private accreditate e 38% dall'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona.

I **Pronti Soccorso** degli ospedali hanno registrato **208.185 accessi** nel 2021, in aumento rispetto al 2020 (188.300), ma non ancora sui livelli pre-pandemia.

Sul territorio, come strutture "intermedie" sono presenti anche **6 Ospedali di Comunità**, per complessivi **122 posti letto**, e **3 Hospice** con **31 posti disponibili**.

L'azienda oltre a 10 poliambulatori ospedalieri, dispone anche di 18 poliambulatori distrettuali e 38 strutture private per l'attività clinica, diagnostica per immagini e di laboratorio. Nel setting **assistenziale ambulatoriale** pre-covid l'azienda garantiva circa 8,7 milioni di prestazioni/anno, mentre nel 2020 si è registrato un calo delle prestazioni erogate rispetto al 2019 di 1.770.136. Il 2021 rileva una ripresa (anche se sotto i livelli 2019) con **8,6 milioni di prestazioni** per 179 milioni di valore tariffato.

Per gli assistiti "più **fragili**": anziani, disabili, pazienti con patologie croniche, con problemi di dipendenze o di salute mentale, sono presenti sul territorio **178 strutture residenziali** (delle quali 15 a gestione diretta ULSS) per un totale di **6.865 posti letto**, che hanno accolto nel 2021 8.893 utenti. La rete si completa con **1.804 posti di assistenza semi-residenziale**, ai quali si sono rivolti 1.856 utenti. Nel 2021 per i soli anziani, si possono stimare 7.266 utenti nell'assistenza residenziale, e 229 utenti in assistenza semiresidenziale.

I Pazienti **assistiti in ADI** nel 2021 sono stati **14.371** (nel 2020 erano stati 20.954), con 335.330 accessi.

L'attività di prevenzione rivolta alle persone ha permesso di effettuare **501.535 vaccinazioni** per la profilassi di malattie infettive (esclusa vaccinazione anti covid), nel 2020 erano state 430.322.

Nel 2021, l'attività di screening ha mostrato una ripresa, sono stati fatti **inviti per 74.143 donne allo Screening Mammografico** (tasso di adesione 57%), **62.685 allo screening Citologico** (tasso di adesione 45%) e **162.216 persone allo screening del Colon-Retto** (tasso di adesione corretto 64%).

Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Piano performance 2022-2024 pubblicato al seguente link https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13495.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

Se i contenuti e le modalità di predisposizione delle sottosezioni performance, anticorruzione e trasparenza, organizzazione e capitale umano sono ampiamente conosciuti e disciplinati da normative, linee guida, PNA, eccetera, è altrettanto innegabile che **la sottosezione Valore Pubblico rappresenta un'innovazione sostanziale**. Il concetto, proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'ente.

Identificazione del Valore pubblico

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

Particolarmente nell'ultimo decennio, la continua contrazione delle risorse disponibili e investite nella sanità in Italia ha indotto la pubblica amministrazione in generale, e le aziende ospedaliere in particolare, a lavorare in ottica di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema, così da perseguire una riduzione degli sprechi e un miglioramento negli standard qualitativi e di sicurezza delle prestazioni. Se la normativa, da un lato, spinge le aziende a raggiungere elevati livelli di performance, di qualità e sicurezza, di trasparenza ed etica, dall'altro stimola il sistema sanitario all'identificazione e alla attuazione di strumenti quali, ad es., la costituzione di reti che possano accelerare il percorso di ricerca dell'efficienza e dell'efficacia, per la generazione di valore pubblico.

Le reti nel settore sanitario generate con approccio di tipo top-down, ovvero delineate, promosse e guidate dalle istituzioni pubbliche territoriali a livello regionale e nazionale (es. Assessorato, Ministero della Salute), sono costituite e si sviluppano come risposta alla necessità o alla opportunità di influenzare il posizionamento aziendale su determinati fattori critici di successo, ai quali corrispondono degli out come e dei driver di natura aziendale (cioè connessi alla performance della singola struttura, ad esempio in termini economico-finanziari o in funzione delle caratteristiche delle prestazioni erogate) e di natura inter-aziendale (cioè riferibili al sistema sanitario, ad esempio in funzione di specifici percorsi di cura di determinate patologie). Esempi di tali fattori critici di successo possono essere:

- Qualità dei servizi erogati
- Sicurezza dei servizi erogati
- Efficienza, razionalizzazione e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- Soddisfazione degli utenti.

In questo contesto, nel caso di costituzione di reti con approccio di tipo top-down, le aziende sanitarie sono scelte e guidate dai policy-maker a livello nazionale, e specialmente regionale. Tali reti nascono cioè su iniziativa degli organi di governo e sono oggetto di valutazione razionale e approfondita per la creazione di valore sul territorio attraverso il coordinamento e l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie.

L'allungamento delle prospettive di vita si sta traducendo negli ultimi anni in una maggiore incidenza di malattie croniche che a loro volta determinano una maggiore incidenza della spesa sanitaria.

Nell'attuale contesto caratterizzato dalla presenza di risorse fortemente limitate, l'innalzamento della speranza di vita ha creato il cosiddetto paradosso della medicina moderna che, orientata all'innovazione tecnologica e al trattamento delle

malattie acute, di fatto si trova a dover fronteggiare l'incremento vertiginoso di malattie croniche quale esito dei mutamenti socio-demografici intercorsi.

Con il decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 la struttura e i modelli organizzativi del Sistema Sanitario Nazionale e delle sue reti sono stati radicalmente ridisegnati. Sono stati delineati nuovi modelli organizzativi focalizzati sulla centralità del cliente/paziente e sul concetto di appropriatezza delle cure e, allo stesso tempo, volti alla razionalizzazione della spesa sanitaria nazionale.

Il modello manageriale Hub & Spoke è ad oggi la risposta più efficace alle esigenze degli enti sanitari in quanto permette di passare da una concezione mono-specialistica alla realizzazione di un percorso di cura per il cliente/paziente costruito sui suoi bisogni in un'ottica multi-specialistica integrata di sistema.

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




























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

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

Le misure statistiche utilizzate a livello nazionale dall'ISTAT per monitorare l'avvicinamento ai 17 Goal ONU (SDGs) hanno ampi punti di contatto con il sistema degli indicatori di Benessere Equo e Sostenibile (BES): i due set di indicatori – BES e SDGs, infatti, seppure parzialmente sovrapponibili, risultano certamente complementari. Si rileva al riguardo che l'ISTAT utilizza nelle sue misurazioni 58 indicatori BES, di cui alcuni replicati per più di un Goal, per un numero complessivo di 67 misurazioni ISTAT realizzate attraverso indicatori BES.

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

Fonte: ISTAT *Benessere e sostenibilità – marzo 2021*

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

(*) 1 indicatore ripetuto in più goal




(**) 6 indicatori ripetuti in più goal

Innanzitutto è stato previsto un momento dedicato alla ricerca, alla ricognizione e alla composizione dei set di indicatori “istituzionali” disponibili per avere una base di riferimento per la valutazione della baseline delle prospettive di salute e benessere. Si è infatti ritenuto che le considerazioni relative alla sostenibilità non possano non avere a fondamento i target/ indicatori/ criteri di misurazione utilizzati dall’ISTAT per valutare l’avvicinamento del nostro Paese agli obiettivi e ai target dell’Agenda ONU 2030. Lo studio e la composizione degli indicatori esaminati ha poi portato alla loro rappresentazione in un “framework unitario”.

Tabella 5 Fonte: ISTAT- Misure del Benessere equo e sostenibile dei territori (Edizione 2021)

DOMINIO	INDICATORE	UNITA' MISURA	Ultimo dato Verona	Ultimo dato Veneto	Ultimo dato Nord	Ultimo dato Italia	Anno
Salute	Speranza di vita alla nascita	Numero medio di anni	82,6	82,8	81,9	82,0	2020
Salute	Mortalità evitabile (0-74 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	14,3	15,1	16,0	17,0	2018
Salute	Mortalità infantile	Per 1.000 nati vivi	3,0	2,1	2,4	2,9	2018
Salute	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	0,5	0,5	0,5	0,5	2020
Salute	Mortalità per tumore (20-64 anni)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	8,1	8,1	8,2	8,5	2018
Salute	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più)	Tassi standardizzati per 10.000 residenti	36,1	39,7	36,1	33,3	2018
Qualità dei servizi	Posti letto per specialità ad elevata assistenza	Per 10.000 abitanti	6,2	3,8	3,2	3,0	2019
Qualità dei servizi	Emigrazione ospedaliera in altra regione	Valori percentuali	6,0	6,2	6,3	8,3	2019
Qualità dei servizi	Medici specialisti	Per 10.000 abitanti	30,8	25,7	28,9	30,2	2020
Qualità dei servizi	Posti letto negli ospedali	Per 10.000 abitanti	39,0	33,0	35,4	33,2	2018

Contestualmente si è tenuto conto di come il Comitato Interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS) interviene con le proprie determinazioni, in gran parte finalizzate all'approvazione e al finanziamento di Programmi/ Piani/ Progetti di investimento, individuando allo scopo l'ambito SANITA' quale settore prevalente di competenza del CIPESS, sulla base dell'analisi delle determinazioni del Comitato relative agli ultimi dieci anni. Il "framework" che può armonizzare una baseline per il Valore Pubblico della ULSS 9 Scaligera per l'organizzazione e la rappresentazione attraverso la suddivisione di Goal e target ONU in base alle dimensioni di riferimento per la sostenibilità (sociale, economica e ambientale), come individuate dall'ISTAT diventa quindi quello nella figura successiva

AMBITO DECISIONALE CIPESS	SINTESI SETTORI che manifestano passaggi in CIPESS	Goal Agenda ONU 2030 organizzati secondo la dimensione di riferimento (sociale, economica, ambientale)		
		SDGs e Target ONU	Indicatore ONU	
SANITA'	<ul style="list-style-type: none"> -Obiettivi del PSN (Piano sanitario nazionale) - LEA (livelli essenziali di assistenza) -Prevenzione e lotta patologie rilevanti/specifiche -Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario -Assistenza a immigrati e stranieri non in regola -Funzioni assistenziali delle farmacie -Formazione medica -Sostegno alla Professione intramuraria -Sostegno a screening (sperimentali) -Trattamenti domiciliari -Medicina - assistenza termale - Medicina penitenziaria - Superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari 	DIMENSIONE SOCIALE		
		 SALUTE E BENESSERE	3.1 Ridurre mortalità materna	3.1.1 Tasso di mortalità materna 3.1.2 Quota di nascite assistite da personale sanitario qualificato
			3.2 Ridurre mortalità sotto i 5 anni	3.2.1 Tasso di mortalità sotto i 5 anni 3.2.2 Tasso di mortalità neonatale
			3.3 Eliminare epidemie	3.3.1 Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione
				3.3.2 Incidenza della tubercolosi per 100.000 abitanti
				3.3.4 Incidenza della epatite B per 100.000 abitanti
			3.4 Ridurre mortalità malattie non trasmissibili	3.4.1 Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche
		3.5 Prevenzione e trattamento uso di sostanze	3.5.1 Copertura degli interventi per il trattamento (farmacologici, psicosociali e servizi di riabilitazione e assistenza post-vendita) dei disturbi da uso di sostanze	
			3.5.2 Consumo dannoso di alcol, definito in base al contesto nazionale, come il consumo di alcol pro-capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro	
		3.6 Ridurre decessi e lesioni da incidenti stradali	3.6.1 Tasso di mortalità per incidenti stradali	
			3.7 Garantire accesso servizi di pianificazione familiare	3.7.1 Proporzioni di donne in età riproduttiva (età 15-49 anni) che hanno soddisfatto il loro bisogno di pianificazione familiare con metodi moderni 3.7.2 Quozienti specifici di fecondità per età per 1.000 donne tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 19 anni
			3.8 Garantire servizi sanitari essenziali	3.8.1 Proporzioni della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali
			3.9 Ridurre mortalità da inquinamento	3.9.1 Tasso di mortalità attribuito all'inquinamento domestico e atmosferico
			3.a Attuazione Convenzione quadro dell'OMS su controllo tabacco	3.a.1 Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età
	3.b Sostenere ricerca e sviluppo di vaccini	3.b.1 Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale		
		3.b.3 Percentuale di strutture sanitarie che hanno un nucleo di farmaci essenziali disponibili e accessibili su base sostenibile		
	3.c Sostenere ricerca e sviluppo di vaccini	3.c.1 Densità e distribuzione dei professionisti sanitari		
	DIMENSIONE ECONOMICA			
	 SCONFIGGERE LA POVERTA'	1.3 Protezione sociale per tutti	1.3.1 Percentuale di popolazione coperta da piani/sistemi di protezione sociale per sesso, distinta tra bambini, disoccupati, anziani, persone con disabilità, donne in gravidanza, neonati, vittime di infortunio sul lavoro, poveri e vulnerabili	
	DIMENSIONE AMBIENTALE			
	 FAME ZERO	2.2 Porre fine alla malnutrizione bambini, ragazze, donne in gravidanza e persone anziane	2.2.2 Prevalenza della malnutrizione (peso per altezza) > +2 o <-2 deviazione standard dalla mediana degli standard WHO per la crescita dei bambini) tra i bambini sotto i 5 anni di età, per tipo (Deperimento ed Eccesso di peso)	

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

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

Strategie tese alla produzione di Valore Pubblico

In estrema sintesi la strategia di creazione di Valore pubblico adottabile nel breve periodo dall’ULSS 9 Scaligera può essere espressa nel seguente modo: per mantenere e possibilmente **umentare il benessere** e la salute della popolazione della Provincia di Verona (misurata in termini di misure collegate ai 17 Goal ONU - SDGs/BES), l’Azienda eroga i **Livelli Essenziali di Assistenza in quantità appropriata** (misurata attraverso i tassi di consumo che devono collocarsi in range di soddisfazione derivanti da politiche nazionali e regionali), e con **livelli di qualità soddisfacenti** (misurati attraverso indicatori di processo e di esito), impiegando **risorse compatibili** con la programmazione finanziaria (ovvero garantendo l’equilibrio di bilancio).

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

Per i punti A., B. e C. *per favorire la creazione e la protezione del Valore Pubblico atteso resta determinante individuare degli standard sanitari, assunzionali, ambientali, ecc., da condividere sul piano regionale e nazionale per la natura Top-Down di innovazione della politica di gestione sanitaria attuata nel Veneto.* per questo si ritiene che il perseguimento degli **obiettivi assegnati a livello Regionale** rappresenti la prima traduzione operativa, all’interno del ciclo della performance, degli ambiti principali cui tendere l’intervento aziendale. La **DIMENSIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE** che ha avuto una linea di investimento specifica rientrando negli obiettivi generali di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione, per realizzare la **piena accessibilità, fisica e digitale, alle amministrazioni** da parte dei cittadini ultra sessantacinquenni e dei cittadini con disabilità, nonché l’elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall’Agenda Digitale, completano il framework di misurazione del valore pubblico dettato dall’analisi dei maggiori soggetti attivi nella realizzazione dei goal dell’Agenda 2030 e diventerà “framework unico” per la ULSS 9 Scaligera a seguito di una lettura ridimensionata sulla realtà socio-economica di contesto.

Il Capitolo “Performance” illustra gli obiettivi, gli indicatori e le azioni collegate a queste strategie.

Per i punti D. ed E. naturalmente il Valore Pubblico si protegge programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali. Si pensi ai rischi corruttivi che si stagliano minacciosi sull’ombra dei progetti del PNRR.

Il capitolo “Rischi corruttivi e Trasparenza” illustra, in continuità con i PTCT, tutti gli aspetti collegati a queste strategie

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

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

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

La misurazione del Valore Pubblico

Per la misurazione di quanto Valore Pubblico sarà effettuata una misurazione tramite il un confronto tra baseline, target a preventivo e risultato a consuntivo, facendo riferimento in quanto possibile agli indicatori di impatto sopra elencati, ma anche agli esiti della Performance e delle fonti di verifica della soddisfazione di utenti e cittadini.

Laddove il benessere sia associabile a molteplici dimensioni di impatto, il Valore Pubblico si dovrebbe misurare in termini di benessere complessivo, profilandosi come indicatore composito sintetico calcolabile quale media semplice o ponderata degli indicatori analitici di impatto.

Il Valore Pubblico è tanto maggiore quanto più alta è la capacità dell'ente di trovare un compromesso complessivamente migliorativo tra le diverse prospettive del benessere.

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

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

I livelli di partenza degli impatti e quelli programmati e conseguiti, si potranno rappresentare tramite il Quadrante del Valore Pubblico: si fotografa una situazione di generazione di valore quando il "diagramma a radar" degli impatti prodotti (risultati) è almeno in linea con quello degli impatti attesi (target) e comunque esterno, e quindi superiore, al diagramma degli impatti di partenza (baseline).

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

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

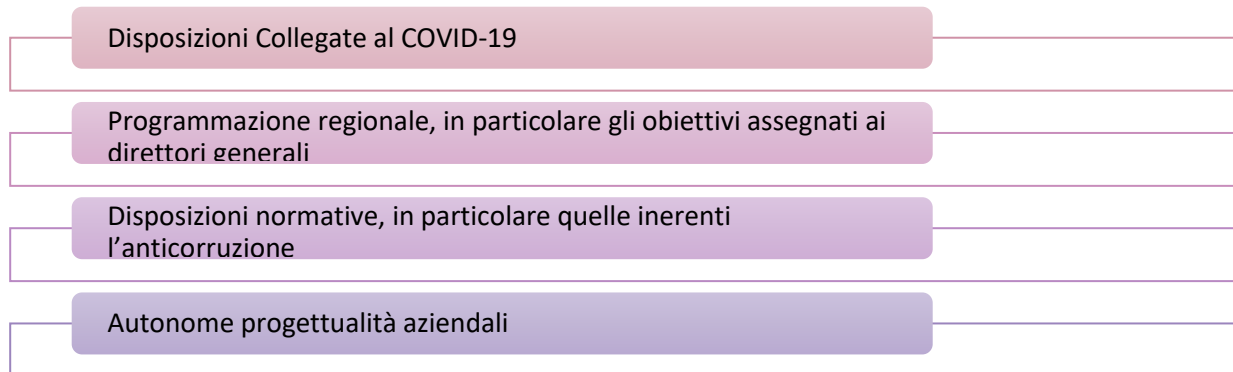
Partire dai disabili, dagli anziani, dai più fragili tra i cittadini e le imprese pensando che la digitalizzazione non deve essere per pochi e non deve aggiungere barriere ma che l'innovazione deve fare rima con giustizia sociale", come ha affermato il Ministro per la pubblica amministrazione Renato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

Performance

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

L'unitarietà della programmazione aziendale viene garantita dall'integrazione di questi stimoli in un quadro logico che riconduce ciascun obiettivo a linee programmatiche proprie, fornendo una cerniera tra tutti gli strumenti del ciclo della performance, primo tra tutti il budget annuale, e garantendo nel tempo un elemento di continuità nella gestione.

Il sistema degli obiettivi aggiornato deriva dall'integrazione di:



Piano Socio-Sanitario Regionale

Gli obiettivi che la Regione del Veneto ha individuato nel Piano Socio Sanitario Regionale per gli anni 2019-2023, rappresentano la strategia che l'azienda deve perseguire. Il Piano *"[...] non si sviluppa, come di consueto, descrivendo servizi e responsabilità, secondo le note strutture organizzative (Ospedale, Distretto, Dipartimento di Prevenzione) e relative curve di specializzazione, ma cerca di evidenziare i diversi percorsi degli utenti in relazione alle principali tipologie di bisogni/domanda a cui i servizi per la salute si trovano a dovere rispondere nell'attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica."*

Il Piano si divide pertanto in una prima parte dedicata all'analisi dei bisogni e dei percorsi dei pazienti all'interno della rete di servizi erogati, ed una seconda parte dedicata ai Sistemi di Supporto.

"È compito primario delle aziende [...], individuare i fabbisogni di salute espressi e inespressi e verificare il grado di soddisfacimento dei cittadini rispetto ai servizi offerti [...]."

L'Azienda ULSS ha il compito di organizzare i servizi per i cittadini, mediante la presa in carico del paziente per tutto il percorso di cura assicurando al cittadino un servizio sicuro e di qualità. L'opera delle Aziende sanitarie deve vertere anche sull'organizzazione ottimale dei servizi affinché essi siano efficaci ed efficienti ed appropriati.

Nell'esercizio delle loro funzioni accrescono le competenze e le conoscenze del sistema sanitario attraverso la valorizzazione del capitale umano e la promozione di strumenti per il miglioramento del governo clinico"

LA SALUTE IN UN SISTEMA INTEGRATO	
PARTE I: BISOGNI, DOMANDA E OFFERTA	
	1. Lo scenario epidemiologico e sociale e l'impatto sulla domanda di servizi socio-sanitari
	2. La promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio
	3. La programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto
	4. La salute della donna e del bambino
	5. Il percorso del paziente in ospedale
	6. La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza
	7. Le malattie rare
	8. La salute mentale
	9. L'integrazione socio-sanitaria
PARTE II: I SISTEMI DI SUPPORTO	
	10. Il governo del sistema e il governo delle aziende
	11. La gestione del patrimonio informativo socio sanitario
	12. Il governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
	13. Il governo e le politiche per il personale
	14. Il governo delle risorse finanziarie e strumentali
	15. Ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie
	16. Rapporti con l'Università

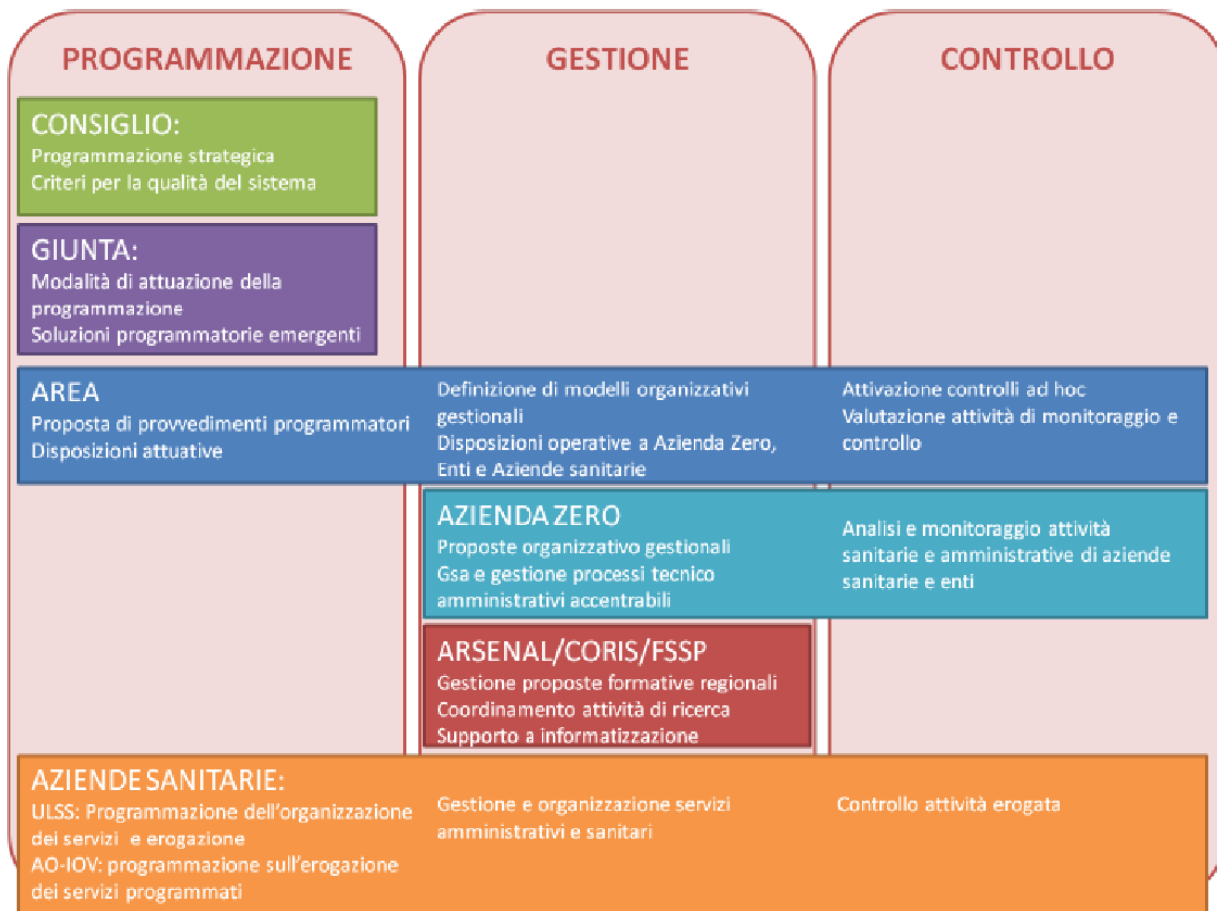
Gli obiettivi che l'azienda persegue all'interno della strategia derivano da molteplici fonti, la maggior parte delle quali sono al di fuori dell'azienda. Le fonti principali sono gli obiettivi stabiliti annualmente per il Direttore Generale (D.lgs. 171/2016 art.2) suddivisi tra obiettivi di Giunta, del Consiglio (anche la Conferenza dei Sindaci valuta il Direttore, e di conseguenza l'azienda, ma senza predefinire specifici obiettivi) e strettamente legati al Pano Socio Sanitario.

Obiettivi da programmazione regionale

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

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

Figura 5 - Ruoli che i diversi soggetti hanno nel ciclo della programmazione e controllo del SSR



Obiettivi annuali assegnati dalla Giunta Regionale

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

L'ultima delibera di assegnazione è relativa all'anno 2022 e gli obiettivi assegnati sono contenuti nell'Allegato A della DGR 709/2022 e sono:

S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

- O-Assistenza Ospedaliera
 - S.O.1 "Perseguimento M6 C2 intervento 1.1. Digitalizzazione DEA I e DEA II"
 - S.O.2 "Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature"
 - S.O.3 "Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro"
- D-Assistenza Distrettuale Sanitaria
 - S.D.1 Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 Case della Comunità
 - S.D.2 Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT
 - S.D.3 Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità
- P-Prevenzione
 - S.P.1 Sviluppo del piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale
- S-Processi di Supporto
 - S.S.1 Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico
 - S.S.2 Avvio del Sistema Informativo Ospedaliero
 - S.S.3 Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi

A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

- O-Assistenza Ospedaliera
 - A.O.1-3 Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale (3 indicatori specifici per azienda)
 - A.O.4 Mantenimento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Ospedale
- D-Assistenza Distrettuale Sanitaria
 - A.D.1-3 Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Distretto (3 indicatori specifici per azienda)
- P-Prevenzione
 - A.P.4 Mantenimento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione
 - A.P.1-4 Miglioramento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione (4 indicatori specifici per azienda)
 - A.P.5 Mantenimento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali-Prevenzione

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

- S-Processi di Supporto
 - E.S.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici
 - E.S.2 Perseguimento dell'efficienza finanziaria
 - E.S.3 Sviluppo valutazioni su pianificazione degli investimenti
 - E.S.4 Miglioramento processo di accreditamento
 - E.S.5 Miglioramento gestione servizi di prenotazione
 - E.S.6 Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie
 - E.S.7 Rispetto dei vincoli di costo del Personale
 - E.S.8 Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010)"
 - E.S.9 Soddisfazione obiettivi di trasparenza

Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

- O-Assistenza Ospedaliera
 - Q.O.1 Recupero ricoveri di pazienti veneti effettuati fuori regione

- Q.O.2 Sviluppo indagini di qualità percepita dei pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)
- Q.O.3 Miglioramento indicatori reti dipendenti
- Q.O.4 Monitoraggio posti letto terapia intensiva
- Q.O.5 Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS
- Q.O.6 Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita
- D-Assistenza Distrettuale Sanitaria
 - Q.D.1 Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie
 - Q.D.2 Miglioramento assistenza domiciliare
 - Q.D.3 Miglioramento presa in carico pazienti fragili
 - Q.D.4 Sviluppo degli ospedali di Comunità
- T-Assistenza Distrettuale Socio Sanitaria
 - Q.T.1 Sviluppo offerta area anziani
 - Q.T.2 Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)
 - Q.T.3 Consolidamento del flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità
 - Q.T.4 Implementazione dell'Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) - DGR 1215/21
 - Q.T.5 Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo
- P-Prevenzione
 - Q.P.1 Attivazione processi intersettoriali a sostegno del Piano regionale Prevenzione
 - Q.P.2 Monitoraggio campagna vaccinazioni Covid
 - Q.P.3 Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target
 - Q.P.4 Aumentare la sicurezza sul lavoro in accordo con le Parti Sociali
 - Q.P.5 Garantire la biosicurezza degli allevamenti
- S-Processi di Supporto
 - Q.S.1 Indagini di qualità del clima interno
 - Q.S.2 Accelerazione del processo di alienazione dei beni del patrimonio disponibile
 - Q.S.3 Risposta ai rilievi del Collegio Sindacale
 - Q.S.5 Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e Dispositivi Medici

Si sottolinea che:

- il rispetto del vincolo di bilancio annualmente assegnato (al netto dei costi covid) è considerato un pre-requisito all'accesso al sistema premiante.
- l'art. 1, c. 865, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, dispone che "per gli enti del Servizio sanitario nazionale che non rispettano i tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente, le regioni e le province autonome provvedono ad integrare i contratti dei relativi direttori generali e dei direttori amministrativi inserendo uno specifico obiettivo volto al rispetto dei tempi di pagamento ai fini del riconoscimento dell'indennità di risultato. La quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30 per cento".

Gli obiettivi assegnati nel 2022, pur avendo una certa continuità con i precedenti, in particolare per quanto riguarda gli obiettivi economici, i tetti, il miglioramento della qualità dei LEA, la qualità dei flussi informativi, il FSEr etc., si arricchiscono di aree precedentemente non oggetto di obiettivi annuali, tra questi i più rilevanti:

- Obiettivi legati al PNRR - Digitalizzazione, Grandi apparecchiature, Sicurezza, Case della Comunità
- Obiettivi specifici dell'area socio-sanitaria - Assistenza ai pazienti fragili, Telemedicina, Anziani Centri decadimento cognitivo, Unità Distrettuali Adolescenti
- Obiettivi legati alla misurazione della soddisfazione dei pazienti - Indagini PREMs e PROMs

Da rilevare anche l'ampliamento dell'area della prevenzione che, in coerenza con il nuovo Piano regionale 2021-2023, richiede investimenti specifici per l'estensione delle campagne vaccinali nonché dell'integrazione dei vari servizi (veterinari, SIAN, SPISAL).

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

Gli indicatori legati alla valutazione di qualità dei LEA specifici per l'Azienda, e sui quali nel triennio sarà necessario raggiungere gli standard previsti sono:

Ospedale:

1. H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno
2. H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
3. Volumi interventi PTCA

Distretto:

1. D10Z - percentuale di prestazioni garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
2. D27C - percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
3. Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta per Diabete

Prevenzione:

1. P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella
2. P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1a dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
3. P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
4. P14C - Indicatore composito sugli stili di vita

Si rimanda alla DGR 709/2022 per ulteriori dettagli e la puntuale elencazione dei singoli indicatori individuati con le relative soglie di soddisfazione.

Obiettivi assegnati dal Consiglio Regionale

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

In particolare con comunicazione prot. N. 543347 del 19/11/2021 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale è stato reso noto che la V Commissione Consigliare, con riferimento all'anno 2021, intende valutare i seguenti aspetti:

- A. Adeguamento dell'organizzazione distrettuale delle cure primarie agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016
- B. Adeguamento della dotazione territoriale di strutture di ricovero intermedie agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016 e DGR 614/2019
- C. Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera agli indirizzi previsti dalle L.R. 48/2018 e 19/2016 e DGR 614/2019
- D. Attuazione della Programmazione Regionale
- E. Aziende Ospedaliere di Padova e Verona
- F. Azienda Zero
- G. Tempestività nel dare risposta alle richieste della competente commissione consiliare
- H. Gestione Emergenza Covid

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

Le altre progettualità aziendali

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

In questa prospettiva emergono gli obiettivi relativi a:

- Soddisfazione dell'utenza: cui l'Azienda intende dedicare specifici investimenti con l'effettuazione di indagini di soddisfazione ed il monitoraggio sistematico dei reclami;
- Clima organizzativo: che l'azienda nel 2019 ha analizzato nuovamente (dopo l'esperienza del 2017) tramite l'indagine promossa dal Network Sant'Anna, in modo da monitorare la dinamica del benessere del personale che proviene da un biennio di riorganizzazione aziendale molto intensa;
- Accredimento all'eccellenza e qualità dei processi: argomento già sviluppato nelle ex ULSS oggi incorporate, richiede un continuo investimento per non perdere le certificazioni già ottenute e per misurarsi con standard sempre in aumento.
- Digitalizzazione: in particolare tramite progetti previsti dall'agenda digitale tra cui il sistema di pagamento PagoPA, la piena funzionalità del Fascicolo Sanitario Elettronico, lo snellimento dei processi di accesso (come ad esempio la pratica di cambio medico di famiglia effettuata tramite strumenti digitali senza la necessità di recarsi personalmente agli sportelli), la digitalizzazione dei rapporti con i fornitori.

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

L'Azienda integra tutti i propri obiettivi strategici in 4 aree strategiche, ciascuna delle quali si suddivide a sua volta in macro-obiettivi all'interno dei quali trovano posto gli obiettivi specifici. Alle 4 aree è stata affiancata un'area strategica dedicata alla gestione dell'epidemia Covid-19, con obiettivi che si esauriranno alla conclusione dell'emergenza sanitaria.

Tabella 6 Aree strategiche e Macro-obiettivi

Area Strategica COVID		Obiettivi collegati alla gestione dell'emergenza Covid
	Macro-obiettivo COVID.1	Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione
	Macro-obiettivo COVID.2	Potenziamento dell'assistenza territoriale
	Macro-obiettivo COVID.3	Potenziamento attività vaccinale in contrasto alla circolazione di virus
	Macro-obiettivo COVID.4	Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti
	Macro-obiettivo COVID.5	Riorganizzazione della rete ospedaliera
	Macro-obiettivo COVID.6	Assistenza Farmaceutica
	Macro-obiettivo COVID.7	Sistema informativo COVID-19
Area Strategica 1		Erogazione dei LEA
	Macro-obiettivo 1.1	Prevenzione
	Macro-obiettivo 1.2	Assistenza Territoriale
	Macro-obiettivo 1.3	Assistenza Ospedaliera
	Macro-obiettivo 1.4	Prestazioni Specialistiche
	Macro-obiettivo 1.5	Tempi di Attesa
	Macro-obiettivo 1.6	Attività Sociosanitaria e Sociale
	Macro-obiettivo 1.7	Aspetti relazionali con gli utenti
	Macro-obiettivo 1.8	Gestione del Rischio Clinico

Area Strategica 2		Sostenibilità economico-finanziaria
	Macro-obiettivo 2.1	Equilibrio Economico
	Macro-obiettivo 2.2	Limiti di Costo
	Macro-obiettivo 2.3	Gestione delle risorse finanziarie
Area Strategica 3		Informatizzazione e Flussi Informativi
	Macro-obiettivo 3.1	Fascicolo Sanitario Elettronico
	Macro-obiettivo 3.2	Qualità e Completezza dei Flussi Informativi
Area Strategica 4		Organizzazione Aziendale
	Macro-obiettivo 4.1	Sviluppo dei sottosistemi aziendali
	Macro-obiettivo 4.2	Organizzazione del Lavoro
	Macro-obiettivo 4.3	Logistica, Edilizia Sanitaria, Investimenti e lavori pubblici
	Macro-obiettivo 4.4	Gestione Anticorruzione, Certificazione di bilancio, Trasparenza

Nel paragrafo 3.3 “Documento delle Direttive 2022” del piano performance 2022-2024 (pubblicato al seguente link https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13495) sono riportati in dettaglio gli obiettivi, comprensivi di indicatori e soglie di soddisfazione che definiscono il quadro aziendale, già vigenti prima della DGR 709/2022.

Misurazione e valutazione della performance

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

Obiettivo	L’obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito ad un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato e con le sue caratteristiche e peculiarità professionali: è necessario che l’obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile attraverso le risorse assegnate, l’abilità e le competenze del personale nonché l’adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile in modo oggettivo attraverso l’utilizzo di indicatori.
Indicatore	<p>L’indicatore è lo strumento che rende possibile l’acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell’obiettivo.</p> <p>L’indicatore deve possedere alcune caratteristiche fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comprensibilità (chiaro, contestualizzato, concreto); - confrontabilità (comparabile nel tempo rispetto alla stessa organizzazione e/o attività standard); - fattibilità (misurabile nei sistemi informativi aziendali, sostenibile dal punto di vista finanziario e rispetto all’arco temporale di riferimento); - affidabilità (valutazione qualitativa della capacità di rappresentazione e misurazione di un fenomeno); - oggettività; - attribuibilità. <p>Tutti gli obiettivi di budget sono misurati sulla base di indicatori che possiedono tali caratteristiche, attraverso il supporto degli strumenti informativi del Controllo di Gestione.</p>
Infrastruttura di supporto	<p>Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un’infrastruttura di supporto, intesa come l’insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l’acquisizione, la selezione, l’analisi, l’interpretazione e la diffusione dei dati, garantendone la tracciabilità.</p> <p>È responsabilità della U.O.C. Controllo di Gestione sovrintendere all’intero sviluppo del ciclo di Programmazione e Controllo e alla valutazione della performance organizzative.</p>

<p>Processo</p>	<p>Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, che prevede la successione di momenti distinti caratterizzati da attività e dalla partecipazione di soggetti diversi, sotto il controllo dell'O.I.V. secondo quanto previsto dall'art. 14 D.lgs. 150/2009, le cui fasi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori; - collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse; - monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi; - misurazione e valutazione della performance, organizzativa ed individuale; - utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito; - rendicontazione dei risultati ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.
<p>Gli strumenti di programmazione e valutazione</p>	<p>Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione di specifici documenti di supporto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Piano triennale delle Performance; - Documento delle direttive per l'anno di riferimento; - Metodologia aziendale del processo di budget; - sistema di misurazione e valutazione individuale; - la Relazione annuale sulla Performance.
<p>Publicità</p>	<p>Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, operata attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale, dei seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il Piano della performance – Documento delle Direttive; - la Relazione sulla performance; - tabella relativa all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare complessivo dei premi effettivamente distribuiti; - i dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti.

Timing del processo

I tempi entro cui la gestione del ciclo della performance potrà essere condotto devono tener conto della dinamica dell'emergenza, che interferisce con il fisiologico processo di individuazione ed assegnazione degli obiettivi aziendali. Per questo motivo si propone nel presente documento un timing "prudente", che posticipa alcune fasi, pur nel tentativo di mantenere pienamente funzionale il ciclo.

Va rilevato che la sperimentazione avviata nel 2020, con la sottoscrizione di schede con tempistica di 18 mesi (giugno 2020/dicembre 2021) ha permesso di anticipare e dare continuità al ciclo di budget previsto per l'anno solare. Per tale motivo si propone di proseguire con tale modalità, ed anche in occasione della rinegoziazione prevista dal mese di ottobre, procedere con la proposta di negoziazione e sottoscrizione di una scheda estesa al 2022.

Rischi corruttivi e trasparenza

Parte I Gestione dei Rischi Corruttivi

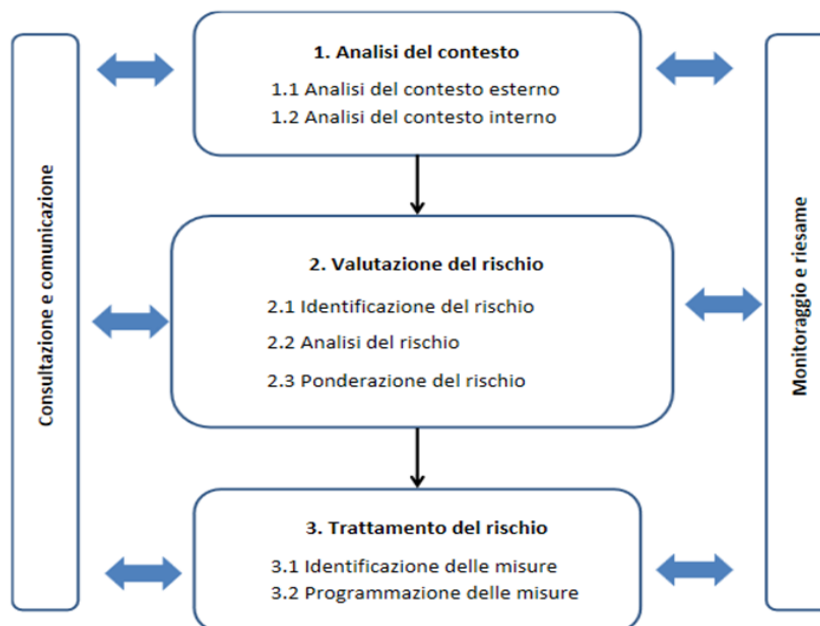
PREMESSA

Al fine di assicurare una corretta e puntuale rendicontazione delle attività sostenute nell'anno 2021 e programmare l'attività in previsione dell'adozione del P.I.A.O. relativamente alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si è ritenuto opportuno adottare nella ULSS 9 , l'aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro la data del 31/1/2022, assicurando in tal modo una solida base per creare le condizioni della corretta transizione verso l'adozione del P.I.A.O. al fine della più ampia integrazione dello stesso PTPCT con gli altri strumenti di pianificazione aziendali, in attesa dell'emanazione del DPR e del Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione.

Per il triennio 2022-2024 è stata data ancora una volta, interpretazione all'allegato metodologico al Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019 che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

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

Figura 3 Il processo di gestione del rischio di corruzione



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

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

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

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

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

Con l'adozione del Piano, la Direzione dell'AULSS 9 Scaligera intende perseguire un duplice ordine di finalità:

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

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

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

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

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

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “*maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, prendere in considerazione atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

La diffusione e gli effetti del fenomeno corruttivo sono stati oggetto di studi anche relativi al nostro Paese, che hanno messo in luce, come si dirà più avanti, uno scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che evidenzia il carattere sommerso del fenomeno e i notevoli effetti che il fenomeno corruttivo produce sull'economia e sulla crescita.

Complessivamente, le indicazioni provenienti dalle organizzazioni sovranazionali in materia di prevenzione della corruzione, evidenziano l'esigenza di perseguire i tre seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- - ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- - aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- - creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi obiettivi sono perseguiti attraverso la previsione di varie misure di prevenzione, che nell'ambito del nostro ordinamento sono state disciplinate mediante la l. n. 190 del 2012 e le successive normative di settore.

La frode, intesa come, ogni atto intenzionale o deliberato, finalizzato ad ottenere un vantaggio (generalmente di tipo economico) attraverso l'astuzia, l'inganno e altri sotterfugi simili, ha un perimetro molto ampio, che include sia le frodi finalizzate alla commissione dei reati, sia quelle commesse a qualsiasi titolo nell'interesse o vantaggio dell'ente o a suo danno. In particolare sono state prese in esame le Frodi interne o occupazionali: (occupational crime), commesse per finalità di arricchimento personale nell'ambito dello svolgimento dell'attività lavorativa (dipendenti, collaboratori a vario titolo).

Secondo uno degli approcci maggiormente condivisi (Report to the Nation on Occupational Fraud and Abuse) è possibile ricondurre ciascun schema di frode interna a tre macro-categorie:

- **Corruzione**
- **Appropriazione indebita**
- **Falsa informativa finanziaria**

La **CORRUZIONE** è riconducibile a schemi di frode caratterizzati da comportamenti illegali/illegittimi volti a favorire vantaggi ingiusti ovvero, dall'uso scorretto dell'influenza per ottenere un vantaggio per l'attore o un'altra persona, contrariamente al dovere o ai diritti degli altri:

- Bribery: corruzione tra pubblico-privato
- Illegal Gratuity: regalie illegali
- Conflict of Interest: conflitto di interesse
- Economic Extortion: estorsione

L'**APPROPRIAZIONE INDEBITA** è riconducibile a schemi di frode caratterizzati dalla presenza di un soggetto che sottrae o utilizza impropriamente le risorse dell'azienda a proprio beneficio occultando il proprio intento fraudolento con il ricorso a pratiche mistificatorie.

La particolare posizione e qualifica rivestita dal frodatore ha un ruolo fondamentale.

LA **FALSA INFORMATIVA FINANZIARIA** è riconducibile a schemi di frode caratterizzati dalla deliberata falsificazione della situazione finanziaria di un'impresa compiuta mediante errori intenzionali o omissione al fine di ingannare i destinatari delle dichiarazioni.

Sono tipicamente riconducibili a due categorie di misrepresentation:

- Sovra valutazione di Attivo o Ricavi
- Sotto valutazione di Passivo o Costi

L'Azienda, per proteggersi e proteggere i suoi stakeholders, in maniera efficiente dal rischio di frode, ha prima di tutto tentato di comprendere questi rischi specifici, per pervenire ad una strutturata valutazione del rischio di frode, impostata sulle dimensioni, complessità, obiettivi dell'Azienda e aggiornata in maniera periodica.

E' stato inoltre considerato che un efficiente processo di identificazione del rischio di frode include una valutazione degli incentivi, pressioni e opportunità esistenti per commettere una frode.

Altri fondamenti assunti nell'analisi sono stati:

- La frode è la premessa per la commissione dei reati o di un danno per l'ente, la prevenzione è condizione necessaria per ridurre o annullare la probabilità delle frodi e non alimentare un possibile presupposto del reato;
- **La prevenzione e individuazione** delle frodi sono collegate, ma non sono la stessa cosa, infatti
 - o **la prevenzione** è incentrata sulle policies, procedure, formazione e comunicazione che impediscono che le frodi avvengano
 - o **l'individuazione** è incentrata su attività e programmi che riconoscono tempestivamente se sta avvenendo o è avvenuta una frode;
- La prevenzione è più efficace, considerando che:
 - l'individuazione della frode a consuntivo è difficile, spesso casuale e quantificabile per difetto;
 - l'individuazione dei responsabili - con gli adeguati supporti per le conseguenti azioni legali e di recupero del danno materiale subito - è molto onerosa.

In conclusione, la finalità principale della politica di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, disciplinata nel presente documento, in accordo con le best practice, è prevedere l'esistenza di un programma attivo di *Fraud Risk Management*, corredato da procedure scritte a garanzia del coinvolgimento del top e del senior management nelle attività di gestione dello stesso, rivolto a consentire l'emersione delle aree e dei relativi processi/procedimenti a rischio di corruzione medio/alto, che devono essere presidiati mediante l'implementazione o l'adozione di misure di prevenzione, già esistenti o nuove, utilizzando tecniche preventive idonee a identificare potenziali schemi di frode, prevenendone gli impatti nell'Azienda.

La sotto-sezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza", continua pertanto a prevedere la progressiva mappatura di tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

Sarà inoltre oggetto di interesse lo sviluppo di indicatori idonei a monitorare il verificarsi di eventi anomali qualora il sistema di prevenzione non dovesse funzionare.

1 – IL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO.

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

- **sull'analisi dettagliata del contesto**, cioè sull'insieme degli operatori coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi aziendali nonché sulla stima:
 - della situazione socio-culturale in cui l'azienda si colloca, analizzando i valori etici e morali che possono influenzare la reputazione dell'azienda;

- della situazione politico-economica, individuando quali scelte politiche influenzano l'operato dell'azienda e l'andamento del bisogno di salute in cui essa si colloca;
- dello sviluppo tecnologico, dei miglioramenti delle infrastrutture;
- dell'ambiente, inteso come causa di possibili difficoltà (trasporti) o calamità;
- della presenza di competitors locali, nazionali e internazionali.

L'unione dell'influenza delle terze parti e delle caratteristiche specifiche permette di individuare il peso del contesto esterno nell'attività aziendale.

- **Sull'identificazione per ciascun processo dei rischi**, consistente nella mappatura dei processi e la relativa analisi: ricerca, individuazione e misurazione dell'esposizione ai rischi, in particolare al rischio di corruzione;
- **Sul trattamento del rischio**: completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a "neutralizzarlo" o ridurlo, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

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

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

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

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

La Regione Veneto ha identificato i processi aziendali necessari per lo sviluppo del Sistema di Controllo Interno sinergici anche all'attività di revisione volontaria del bilancio, raccolti in un Elenco di 40 processi principali, che trovano corrispondenza nel Piano dei Conti Aziendale.

1.1 – Analisi del contesto.

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

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

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

Il contesto esterno.

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

Le informazioni di carattere generale hanno trovato ampia esposizione nella **Sezione 1** del presente elaborato: "L'azienda in Cifre" sia per l'aspetto dell'analisi dei dati Demografici ed Epidemiologici, sia per l'aspetto delle Strutture ed attività della ULSS 9 Scaligera

Nell'ambito dell'analisi dei dati economici e delle statistiche pubblicati dalla Camera del Commercio di Verona si riportano qui di seguito, perché considerate particolarmente significative per l'analisi del contesto esterno, le informazioni sul territorio e l'occupazione lavorativa.

I dati della media 2020 della rilevazione sulle forze di lavoro per la provincia di Verona indicano un tasso di disoccupazione pari al 4,7%, inferiore al dato regionale (5,8%) e a quello nazionale (9,2%).

Il tasso di disoccupazione femminile (5,9%) rimane superiore a quello maschile (3,8%).

- Il 7,4% degli occupati lavora nell'agricoltura,
- il 22,0% nell'industria,
- il 5,1% nelle costruzioni,
- il 65,5% nei servizi.

Verona. Persone occupate, in cerca di occupazione e inattive – Anno 2020 (medie annuali)

Occupati – 15 anni e più (migliaia)	418,7
Tasso di occupazione – 15 – 64 anni (%)	68,3
Persone in cerca di occupazione – 15 anni e più (migliaia)	20,8
Tasso di disoccupazione – 15 – 64 anni (%)	4,7
Tasso di disoccupazione – 18 – 29 anni (%)	11,03
Tasso di disoccupazione – 25 – 34 anni (%)	5,9
Tasso di disoccupazione – 35 anni e più (%)	3,2
Inattivi – 15- 64 anni (migliaia)	167,0
Tasso di inattività – 15 – 64 anni (%)	28,2

Fonte: ISTAT (Indagine Forze Lavoro, media anno 2020), INPS

Al 31 dicembre 2020, le imprese registrate alla Camera di Commercio di Verona sono state 96.225, le imprese attive 85.775. Le localizzazioni (sedi di impresa più unità locali) arrivavano a 116.924 unità. L'andamento demografico delle imprese si è chiuso in sostanziale pareggio: 4.713 iscrizioni contro 4.712 cancellazioni.

La nati-mortalità imprenditoriale è stata caratterizzata nel corso dell'anno 2020 da una grande incertezza sull'evoluzione della pandemia, che ha sostanzialmente "congelato" le decisioni non solo di apertura di nuove attività, ma anche quelle di chiusura. Sia le iscrizioni che le cancellazioni, infatti, sono complessivamente diminuite rispetto a quelle registrate nel 2019 (rispettivamente del -16,8% e del -14,6%). Di norma, molte comunicazioni di chiusura delle attività dal Registro delle Imprese si concentrano tra la fine di dicembre e gennaio, e vengono statisticamente conteggiate nel nuovo anno; è quindi molto probabile che gli effetti della crisi causata dall'emergenza Covid-19 saranno evidenziati nei dati relativi al primo semestre del 2021. L'analisi dei dati per classe di natura giuridica ha evidenziato nel 2020 tassi di crescita positivi solo per le società di capitale (+2,4% risultato di un saldo positivo di +601 imprese), le altre figure giuridiche hanno presentato tassi negativi: -0,8% per le società di persone, -0,9% per le imprese individuali, -0,4% per le "altre forme" (cooperative, consorzi,

ecc.). **In termini strutturali, alla fine del 2020 più della metà (il 52,0%) del tessuto produttivo veronese era costituito da imprese individuali**, la quota delle società di capitale è salita al 27,1%, le società di persone rappresentavano il 18,1% delle imprese, mentre le “altre forme” arrivavano al 2,8%. L’analisi per status dello stock di imprese registrate mostra un’incidenza dell’89,1% delle imprese attive (85.775), del 5,5% per le imprese inattive (5.340), del 3,4% per quelle in scioglimento o liquidazione (3.259), dell’1,6% per le imprese con procedure concorsuali in atto (1.580) e dello 0,3% per quelle sospese (271).

La distribuzione percentuale delle imprese registrate tra i diversi macro-settori economici evidenzia la predominanza dei servizi(esclusi i servizi di alloggio e ristorazione) che con 26.386 imprese rappresentano il 27,4% del tessuto imprenditoriale veronese;

- segue il commercio che conta 19.749 imprese ed arriva ad una quota del 20,5%;
- l’agricoltura registra una incidenza pari al 15,9% per 15.334 sedi di impresa;
- le costruzioni pesano per 14,7% con 14.185 imprese.
- il settore industriale, che comprende le attività manifatturiere in senso stretto e quelle estrattive, nonché le multiutilities (energia, reti idriche, rifiuti), conta complessivamente 9.669 imprese (il 10,0% del totale imprese);
- mentre i servizi di alloggio e ristorazione (bar, ristoranti) incidono per il 7,5% (7.193 imprese).

Dal punto di vista settoriale, è stata evidenzia al 31 dicembre 2020 una variazione positiva di modesta entità, che equivale ad una sostanziale tenuta, dello stock delle imprese registrate su base annuale per il settore delle costruzioni (+0,4%) e dei servizi di alloggio e ristorazione (+0,6%). Per i servizi alle imprese e alle persone, la crescita è stata pari a +1,6% (+422 imprese).

Negativa, con risultati di poco inferiori allo zero, è invece la variazione annuale per gli altri settori:

- 0,7% per l’agricoltura,
- 0,9% per l’industria,
- 0,8% per il commercio all’ingrosso e al dettaglio.

Tra le imprese registrate alla Camera di Commercio di Verona:

- 81.316 sono italiane (pari all’84,5%),

- 12.038 (corrispondenti ad una quota del 12,5%) quelle a conduzione straniera, queste ultime sono in crescita, nonostante la crisi in atto, con un tasso di evoluzione annuale del +3,2%.

In particolare, le imprese “comunitarie” sono 3.012 (il 25,0%), quelle “extra-UE” sono 8.982 (il 74,6%), cui si aggiunge una minima percentuale di “non classificate” (44 imprese lo 0,4%).

Il saldo tra iscrizioni e cessazioni per il complesso delle imprese straniere nel 2020 è positivo: +370 unità, per lo più società di capitali (+199 unità nell’anno) e imprese individuali (+170 unità).

Risorse e Produzione

Dalla Relazione di Bilancio consuntivo 2020, della ULSS 9 Scaligera, emergono le informazioni sintetiche dei processi produttivi studiati in ambito di prevenzione della corruzione e riproposti nel presente elaborato nella **Sezione 1** .

Gli ulteriori dati di attività possono essere confrontati al link

<https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Bilanci/Bilancio%20consuntivo/CONSUNTIVO2020/BE2020RelazSullaGestione.pdf>

Il contesto economico, sociale e demografico della ULSS 9 Scaligera sopra rappresentato per tratti salienti, malgrado il protrarsi dell’emergenza sanitaria Covid19, che rende ancora particolarmente complesso effettuare stime economiche

attendibili in relazione all'incognita di un ciclo nazionale poco chiaro, conserva una forte competizione tra pubblico e privato.

La competizione avviene anche all'esterno del SSN, quando il settore privato offre gli stessi servizi con maggiore tempestività, comfort e qualità (percepita) rispetto al settore pubblico. Le aree in cui la concorrenza è più accesa sono quelle dei servizi ospedalieri, diagnostici, specialistici, riabilitativi.

All'interno del SSN, il settore privato detiene la maggiore quota nei **ricoveri ospedalieri (64,5%)** e nei **servizi socio-sanitari a favore delle persone fragili (96.1%)**.

Anche per i **servizi medico-specialistici e diagnostici** il settore privato (**60%**) ha una maggior quota di quella dei privati (**37%**).

Nei servizi di prevenzione e sanità pubblica, data la natura stessa di "beni pubblici", il SSN ha invece il monopolio (100%). Ai produttori privati convenzionati sono interamente affidate, invece, la medicina di base, la farmaceutica (100%), l'assistenza protesica e termale (circa 100%).

Manca quindi un equilibrato mix tra produzione pubblica e privata, la libertà di scelta dei pazienti in un ambiente competitivo, da un lato può stimolare l'emulazione e il miglioramento continuo della qualità dall'altro dimostra che la preferenza va dove sono maggiori le risorse disponibili. Sarebbero forse da ripensare le modalità di operare dell'amministrazione pubblica e le regole per una leale convivenza tra pubblico e privato.

Corruzione, Ordine e Sicurezza Pubblica, Criminalità

Gli elementi che possono invece chiarire una visione in ambito di criminalità organizzata e corruzione vengono dal Ministero degli Interni.

DAL MINISTERO DEGLI INTERNI

CORRUZIONE, ORDINE E SICUREZZA PUBBLICA, CRIMINALITA' ORGANIZZATA.

Il Ministro Lamorgese ha presieduto al Viminale il Comitato per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica. Presenti i vertici delle Forze di polizia, della Difesa e delle Agenzie di informazione e sicurezza. aggiornamento del 3 agosto 2021

Il ministro dell'Interno Luciana Lamorgese ha partecipato a Venezia, in prefettura, al comitato provinciale per l'ordine e la sicurezza pubblica, presieduto dal prefetto Vittorio Zappalorto.

«C'è preoccupazione per il controllo dei fondi che arriveranno nei territori e ovviamente anche qui ci sarà la massima attenzione perché le mafie si adattano molto facilmente alle nuove situazioni», ha detto il ministro alla stampa al termine del comitato riferendosi al rischio di infiltrazione da parte della criminalità organizzata nei territori legato ai fondi dei ristori e del Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr).

L'attenzione deve rimanere alta anche perché le seconde e terze generazioni della criminalità organizzata, ha sottolineato il ministro, «sono inserite in ambienti imprenditoriali, hanno un titolo di studio, parlano le lingue e ancora più facilmente si insinuano nell'economia legale e tendono a mimetizzarsi sempre di più».

20 Febbraio 2021 Ultimo aggiornamento Sabato 20 Febbraio 2021

Nuova interdittiva della prefettura di Verona. Il tessuto produttivo della provincia «fa gola a chi vuole fare affari illeciti»

«Le mafie hanno la caratteristica di avere **capacità di adattamento** e di sfruttamento delle potenzialità ai fini criminogeni dell'area nella quale si trovano ad operare. E il territorio veronese- un tessuto produttivo molto importante, una provincia che si trova nei primi dieci posti per valore di export, e con una grande capacità di attrattiva di capitali e di finanziamenti - ,

sicuramente fa gola a chi vuole fare affari illeciti». Lo spiega il prefetto di Verona, **Donato Giovanni Cafagna**, con una intervista questa mattina ad "Avvenire", dove analizza il sempre più pervasivo insediamento delle cosche al Nord.

Le caratteristiche dalla mafia che opera a Verona sono «innanzitutto, **la mimetizzazione** - sottolinea il prefetto-. Qui la criminalità organizzata tende a non dare nell'occhio con reati quali incendi dolosi, estorsioni, omicidi. Ancora, il camaleontismo societario, cioè una continua costituzione di società diverse, per rendersi difficilmente attaccabile. E ha a disposizione una rete di professionisti capaci e spregiudicati pronti a fare da prestanome.

Li ritroviamo spesso a capo delle cosiddette **società "cartiere"**, che esistono soltanto allo scopo di frodare lo Stato. Da questo punto di vista sono importanti, non solo le misure di prevenzione patrimoniale, ma anche quelle personali, e un'attenzione particolare degli Ordini professionali sui propri iscritti, con le **cancellazioni dagli Albi** di quanti si scoprisse essersi resi disponibili per questo tipo di operazioni».

«Le società legate alla criminalità organizzata - prosegue il prefetto - in genere a costi molto concorrenziali, potendo contare su risorse illegali. Inoltre, questi soggetti operano in modo borderline, ai margini dell'economia, sfruttando tutti gli strumenti tipici della criminalità economico-finanziaria, come le false fatturazioni, l'evasione, l'elusione fiscale, a volte anche l'irregolare collocamento della forza lavoro, l'approvvigionamento di merci attraverso canali opachi, come il contrabbando internazionale. Un'altra "occupazione" è il traffico e lo smaltimento illegale dei rifiuti».

L'infiltrazione mafiosa ha delle conseguenze profonde, «perché - sottolinea il prefetto - altera gli equilibri, disegna germi di illegalità in un tessuto produttivo solido e così lo indebolisce. Ed erode quei principi di correttezza e lealtà negli affari che rendono forte un sistema economico, incrinando il clima di fiducia tra gli operatori. Quindi è una forma di **parassitismo** dell'economia.

Nel 70% dei casi si tratta di soggetti affiliati alla **'ndrangheta** calabrese. Nelle recenti ordinanze "Taurus" e "Isola Scaligera" gli inquirenti affermano che la presenza sul territorio veronese di alcune famiglie affiliate alle cosche mafiose è almeno trentennale. Ma qui cosche che in Calabria sono avversarie, trovano una sorta di pax finalizzata a mantenere una situazione di relativa tranquillità per poter sviluppare i loro obiettivi economico-finanziari».

Infine l'importanza **dell'attività di prevenzione**: «I tempi dell'attività giudiziaria sono piuttosto lunghi, invece con le misure preventive è possibile procedere in maniera più celere. Oggi l'attenzione dev'essere ancora maggiore perché, indebolendo alcuni operatori economici, la pandemia ha ampliato la possibilità per la mafia di acquisire attività a basso prezzo. Inoltre, c'è la disponibilità di grandi risorse che possono essere destinate nel territorio per grandi opere pubbliche, e quindi serve un monitoraggio costante e uno scambio informativo serrato tra le varie forze di polizia. Il **Gruppo Interforze Antimafia**, che consente di mettere a fattor comune le informazioni di Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, e anche della DIA, consente di attaccare su più fronti questi soggetti».

27 Settembre 2021- RELAZIONE SEMESTRALE SULL'ANDAMENTO DELLE MAFIE

La relazione semestrale sull'andamento delle mafie, pubblicata grazie al lavoro della Direzione Investigativa Antimafia, restituisce un quadro in progressivo peggioramento sia su base nazionale che sul territorio veronese. Le organizzazioni criminali cambiano pelle, meno appariscenti e violente, ma non per questo sono meno presenti e invasive.

È stata resa pubblica la relazione del Ministro dell'Interno al parlamento che, a cadenza semestrale, illustra e analizza l'attività della **Direzione Investigativa Antimafia**. Un testo corposo ed esauriente che consente di comprendere come il fenomeno delle organizzazioni criminali si evolva sul territorio nazionale e fuori confine. L'ultima pubblicazione era attesa in modo particolare perché va ad analizzare il secondo semestre 2020, periodo in cui imprese e cittadini hanno vissuto gli effetti e le limitazioni del Covid-19. Uno scenario complesso, critico per l'economia, che sappiamo bene essere il contesto ideale per lo sviluppo delle attività illegali.

La relazione ribadisce con forza ciò che già si evidenzia da tempo: **le mafie stanno ampliando le loro reti e le loro capacità relazionali, sostituendo sempre più l'uso della violenza, con linee d'azione di silente infiltrazione**, meno appariscenti dunque, ma non per questo meno pericolose e impattanti sulle comunità colpite. Sempre più dall'animo imprenditoriale e meno assassine, si può dire, ognuna con le proprie peculiarità, regole, specializzazioni e aree di influenza. Non solo importazione di cocaina, appalti pubblici, gaming, estorsioni, rifiuti, business dei prodotti petroliferi, criptovalute, ma anche e soprattutto **la capacità di infiltrarsi nelle aziende sane da un punto di vista societario, ma in crisi sul fronte della liquidità**. Senza preclusione alcuna per i vari settori, ma con una evidente prevalenza verso quelle attività economiche attorno a cui ruota denaro contante e incassi a rimessa diretta. La flessibilità e una disponibilità finanziaria ineguagliabile, sono caratteristiche che rendono le mafie estremamente pericolose proprio in momenti storici come l'attuale, dove nuove opportunità nascono quotidianamente nella filiera dell'emergenza sanitaria e nel business dei fondi comunitari.

I numeri esposti dalla relazione ci confermano quanto detto e quanto temuto, con gli **omicidi di tipo mafioso in calo nel 2020** (circa un terzo rispetto al 2019), ma con un **aumento evidente di riciclaggio, turbativa d'asta, corruzione e concussione, estorsione**. Reati che sono volti ad inquinare il tessuto legale dell'economia di un territorio, per poi assumerne il controllo. Le imprese più piccole sono il target preferito delle mafie, quelle più facilmente mortificabili nel loro agire imprenditoriale, quelle più silenziosamente influenzabili. Non previsto, ma utile a comprendere il potere delle organizzazioni criminali, è il dato che ci conferma in aumento anche i reati connessi alla mobilità, nonostante il lockdown. L'incremento di contrabbando e traffico e spaccio di stupefacenti, da sempre ambito caratteristico delle mafie, è un trend che conferma quanto vi sia un loro controllo pervasivo del territorio che non si è ridotto nemmeno a causa delle restrizioni alla mobilità per pandemia.

In Veneto la situazione appare piuttosto critica. La relazione afferma: "Sempre più stabile e radicata appare secondo le attuali risultanze investigative la presenza di strutture mafiose nel Veneto", con Verona più di interesse di organizzazioni di matrice *'ndranghetista* e Venezia, invece, infiltrata dai clan camorristici. Nella città scaligera il quadro che di giorno in giorno emerge non lascia spazio a dubbi, anche grazie alle operazioni *Isola Scaligera* e *Taurus* concluse entrambe con l'esecuzione di alcune ordinanze nei confronti di appartenenti a due sodalizi. Il primo di *'ndrangheta*, riconducibile alla **famiglia Giardino**, facente capo alla cosca isolitana degli Arena-Nicosia, e l'altro alle famiglie Gerace-Napoli-Albanese-Versace, originari di Gioia Tauro (RC). Queste operazioni hanno portato alla luce il **modus operandi tipico della 'ndrangheta** che arriva a influenzare e governare un territorio, prima con la creazione di un reticolo di rapporti con amministratori pubblici e imprenditori, i cosiddetti *colletti bianchi*, per poi passare all'intimidazione e all'assoggettamento, ove necessario. [Un fenomeno che ci aveva già illustrato Pierpaolo Romani, coordinatore di Avviso Pubblico, in occasione del Festival del Giornalismo di Verona 2021.](#)

A Verona, che rappresenta un centro logistico e imprenditoriale sempre più importante nella geografia economica del nostro paese, non mancano però altre organizzazioni criminali. È stata riscontrata, infatti, nel settore del traffico di marijuana e cocaina, l'attività di una cellula del clan della famiglia Di Cosola, baresi, così come è emersa la presenza di pregiudicati foggiani, impegnati in reati predatori.

Da non trascurare è poi quanto afferma la relazione descrivendo il contesto riscontrato: "Nella Regione Veneto si può motivatamente affermare che da tempo vi è un rilevante radicamento soprattutto di locali *'ndranghetiste*, ma anche di gruppi camorristici e di mafie straniere, in particolari albanesi e nigeriane con differenti vocazioni delinquenziali e diverse modalità organizzative." E più avanti prosegue: "È quindi importante lo sviluppo di un'attenta attività di prevenzione mirata anche ad evitare "stabili saldature" tra le diverse componenti criminali e tra queste e la società civile. È dunque necessario sollecitare soprattutto nella classe imprenditoriale la consapevolezza dell'estrema pericolosità del "fare affari" con le consorterie. Il più piccolo supporto economico fornito dalle stesse, anche a tassi non usurari, innescherebbe un'inevitabile spirale perversa e la sottrazione dell'attività." Un'allerta estremamente rilevante in tempi in cui molte società e imprese possono trovarsi nella difficoltà di reperire risorse finanziarie.

Sarebbe però fuori luogo ed estremamente superficiale ritenere che la presenza di affiliati a cosche e clan di stampo mafioso sul territorio possa essere un pericolo per i soli imprenditori e per l'economia locale. **È una presenza che si insinua nei rapporti tra istituzioni e cittadini, che cambia le regole del gioco, che culturalmente modifica gli**

orientamenti. Le organizzazioni criminali, infatti, operano al di fuori della legge e ogni esponente delle stesse si ritiene al di sopra di essa. La conseguenza è che questi soggetti si sentano liberi di delinquere e si sentano protetti nel farlo. Se molti aderenti ad organizzazioni criminali hanno imparato a non macchiarsi di crimini non funzionali al pieno perseguimento degli interessi economici propri e del clan che rappresentano, molti altri, più inesperti, più lontani dai vertici decisionali, aggressivi per natura e offuscati da droga e denaro facile, possono viceversa diventare elementi molto pericolosi all'interno della comunità. A Verona, in tal senso, qualche avvisaglia c'è già stata e non sarebbe affatto sorprendente se alcuni reati o delitti di diversa natura e gravità commessi sul territorio, ad una revisione più attenta, venissero in un certo qual modo ricondotti alla presenza delle organizzazioni criminali nella nostra provincia.

CORTE DEI CONTI

4 febbraio 2021 – “La lunga battaglia della Corte dei conti contro corruzione e inefficienza” - [Intervista](#) del Presidente Guido Carlino a Economy

<https://www.corteconti.it/Download?id=934827d6-8d04-4aa3-b02d-861411319ce1>

I fatti confermano la concentrazione degli episodi di corruzione nelle aree di rischio che l'ANAC individua come generali e obbligatorie (contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale e provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario) e che l'ULSS 9 Scaligera ha incluso nel processo di gestione del rischio, unitamente ad altre aree che attengono alla specifica attività dell'Ente (in particolare l'area della sorveglianza e controlli e l'area dei provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario).

Il contesto interno

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

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

La legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 “*Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende ULSS”*”, ha determinato l'obbligo per le aziende sanitarie venete di ridisegnare l'Atto Aziendale, da cui l'ultima deliberazione n. 58 del 31 gennaio 2018, provvedimento di approvazione della versione definitiva dell'atto aziendale per la direzione in carica al 31.12.2020.

La Legge Regionale n. 19/2016, che ha dato vita ad un nuovo ente creato per la Gestione Sanitaria Accentrata, denominato “Azienda Zero”, che unifica e centralizza in capo ad un solo soggetto le funzioni di supporto alla programmazione socio - sanitaria nonché di supporto al coordinamento e alla governance del SSR, ha dato solo in parte seguito allo sviluppo del nuovo sistema sanitario.

E' in via di definizione da parte del legislatore regionale l'identificazione chiara di quali funzioni e responsabilità della gestione sanitaria restano in capo all'Azienda ULSS Scaligera e al suo management.

E' ancora in corso di perfezionamento l'assegnazione degli incarichi di struttura nella nuova organizzazione, tuttavia la struttura funzionale ha preso forma.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I Soggetti della Strategia di Prevenzione della Corruzione.

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

- il Direttore Generale, unitamente al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e al Direttore dei Servizi Socio-sanitari,

- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza,
- i Referenti per la prevenzione della corruzione,
- i Dirigenti,
- l'Organismo Indipendente di Valutazione,
- l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari,
- il Responsabile del Servizio Risorse Umane,
- i dipendenti dell'amministrazione,
- i collaboratori esterni,
- gli stakeholders.

Più in particolare:

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

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

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

I Referenti dei Servizi/Uffici per la prevenzione della corruzione

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

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

- a) la mappatura dei processi amministrativi;
- b) l'individuazione e la valutazione del rischio corruzione nei singoli processi amministrativi e loro fasi, partecipando al processo di gestione del rischio e osservando le misure contenute nel PTPCT ;
- c) l'individuazione di misure idonee di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio corruzione;
- d) attività informativa nei confronti del RPCT, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attuazione delle misure di contrasto da parte dei dirigenti responsabili, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- e) l'elaborazione della revisione annuale del Piano.
- f) collaborano con il RPCT alla programmazione ed attuazione dei piani di controllo a campione;
- g) compilano semestralmente / annualmente il questionario-relazione predisposto dal RPCT, indicando le criticità riscontrate relativamente agli strumenti di controllo e le azioni di miglioramento tese a garantire il raggiungimento

degli obiettivi aziendali, caratterizzanti gli sviluppi organizzativi e gli eventuali suggerimenti da includere nell'aggiornamento del PTPCT. (*Questionario WEB da compilare in rete aziendale*).

- h) trasmettono eventuale breve relazione sui casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza del RPCT stesso e relativi a nuovi bisogni formativi.

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

I Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:

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

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

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009. L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001. Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012). Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in linea di continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la

possibilità per l'ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

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

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

Il Responsabile del Servizio Risorse Umane, data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale, in particolare per quello operante nelle aree a maggior rischio, è tenuto a prestare piena collaborazione e supporto, anche operativo e informativo, al RPCT, per individuare, in tema di anticorruzione:

- a) collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione;
- b) criteri di scelta dei soggetti che erogano la formazione e contenuti della formazione;
- c) canali e strumenti di erogazione della formazione.

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

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

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

Stakeholders.

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

Le Linee di Produzione

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

- Distretto Socio Sanitario
- Dipartimento di Prevenzione
- Ospedale

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

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

- Dipartimento delle dipendenze
- Dipartimento di salute mentale.

I servizi tecnico-amministrativi e di staff

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

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

2 - Considerazioni generali

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

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

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

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

Tale argomento, di natura piuttosto complessa e articolata, merita un approfondimento nella descrizione del processo di ERM.

L'ERM, che tratta dei rischi e delle opportunità che influenzano la creazione o la preservazione di valore, è definito come segue:

“La gestione del rischio aziendale è un processo, posto in essere dal consiglio di amministrazione, dal management e da altri operatori della struttura aziendale; utilizzato per la formulazione delle strategie in tutta l'organizzazione; progettato per individuare eventi potenziali che possono influire sull'attività aziendale, per gestire il rischio entro i limiti del rischio accettabile e per fornire una ragionevole sicurezza sul conseguimento degli obiettivi aziendali. “

L'ERM è costituito da otto componenti interconnessi. Essi derivano dal modo in cui il management gestisce l'azienda e sono integrati con i processi operativi.

Il primo componente è l'Ambiente Interno.

L'Ambiente interno, che costituisce l'identità essenziale di un'organizzazione, determina i modi in cui il rischio è considerato e affrontato dalle persone che operano in azienda, come pure la filosofia della gestione del rischio, i livelli di accettabilità del rischio, l'integrità e i valori etici e l'ambiente di lavoro in generale.

Ambiente Interno definito anche Ambiente di Controllo riguarda gli individui, le loro qualità individuali, e soprattutto la loro integrità, i loro valori etici e la loro competenza, e l'ambiente nel quale operano, argomenti che sono l'essenza stessa di qualsiasi organizzazione. Essi sono il motore che aziona l'azienda e le fonda su cui essa poggia.

L'ambiente di controllo è un elemento fondamentale della cultura di un'organizzazione, poiché determina il livello di sensibilità del personale alla necessità di controllo. Esso costituisce le fondamenta di tutti gli altri componenti del controllo interno e fornisce disciplina e organizzazione.

I fattori che influenzano l'ambiente di controllo sono:

- - integrità e valori etici;
- - competenza e motivazione del personale;
- - filosofia e stile del management;
- - modalità di delega delle responsabilità;
- - politica organizzativa;
- - abilità e competenza della Direzione Strategica

“Un ambiente fortemente governato dall'etica a tutti i livelli gerarchici è vitale per il benessere dell'organizzazione, delle persone. L'etica contribuisce in modo rilevante all'efficacia delle politiche e dei sistemi di controllo messi a punto da un'azienda e influisce sui comportamenti che sfuggono ai sistemi di controllo, per quanto gli stessi siano sofisticati “ (Commissione Treadway).

Uno studio del 1987 dimostra che le persone possono commettere atti disonesti o contrari all'etica per vari motivi tra cui:

- *incentivi* (pressioni per il raggiungimento di obiettivi irrealizzabili, sistemi premianti basati sugli obiettivi raggiunti, ...)
- *tentazioni* (mancanza di controlli, revisione interna inadeguata, Direzione inefficace, sanzioni modeste, ...)
- *ignoranza del personale, ecc.*

Diventa quindi essenziale andare ad interrogare l'ambiente interno per capire se è opportuno **stabilire e far percepire le regole etiche**. Solo il management può comunicare verbalmente al personale i valori e le norme di condotta dell'organizzazione e stabilire sanzioni in caso di violazioni al codice di condotta.

Individuare la competenza del personale . La competenza deve riflettere le conoscenze e le capacità necessarie per svolgere le mansioni richieste ad ogni singola posizione. Il management deve precisare i livelli di competenza richiesti per una particolare mansione e tradurli in termini di conoscenze e capacità.

E' importante conoscere la filosofia e lo stile di direzione a riguardo dei livelli di rischio accettati, dell'atteggiamento verso il reporting, della scelta dei principi e delle stime contabili.

Anche **la struttura organizzativa** fornisce il quadro nel quale le attività necessarie alla realizzazione degli obiettivi generali sono pianificate, eseguite, controllate e monitorate. La realizzazione di una struttura adeguata implica la definizione delle principali aree di autorità e di responsabilità, come pure la creazione di adeguate linee gerarchiche.

Va altresì palesata **l'attribuzione dei poteri e delle responsabilità**, come attribuzione dei poteri e delle responsabilità per le attività operative, definizione delle linee gerarchiche che consentono di far fluire le informazioni e regole in materia di approvazioni.

Infine va considerata la **gestione delle risorse umane**. Le politiche di gestione delle risorse umane servono infatti, anche a comunicare al personale il livello di integrità, di comportamento etico e di competenza che l'azienda si aspetta. Queste politiche comprendono le assunzioni, la gestione delle carriere, la formazione, le valutazioni del personale, gli incontri di verifica del personale, le promozioni, le remunerazioni e le azioni correttive.

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

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

Individuazione delle aree a rischio di corruzione

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

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

Nel 2012 la Direzione Regionale Controlli e Governo SSR ha provveduto a sviluppare e a mettere a punto un documento metodologico di identificazione dei processi delle Aziende ed Istituti del SSR, correlati ai conti di bilancio. Tale documento ha fornito una mappa di 40 processi rappresentativi di un'azienda sanitaria, segnando l'inizio dello sviluppo di una nuova mentalità organizzativa aziendale legata all'approccio alla gestione per processi. La gestione per processi è stata riconosciuta agevolare le organizzazioni nel miglioramento delle performance, agendo su più funzioni organizzative

secondo una logica “orizzontale” di creazione del valore per il cliente. Questo innovativo approccio ha aiutato le organizzazioni a sviluppare un punto di vista privilegiato, che è quello del cliente, abbandonando l'impostazione dei silos organizzativi secondo una logica per funzioni.

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

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

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

- “Risorse Umane” : la mancata o tardiva definizione dell'atto aziendale porta a rischi potenziali quali: Incompetenza o negligenza delle persone, indisponibilità delle risorse, perdita di risorse umane rilevanti, frodi, collusioni, conflitti di interesse;
- “Infrastrutture”: la complessità in termini di quantità di strutture e di diffusione delle sedi nel territorio aumenta il rischio di guasti alle infrastrutture, complica gli investimenti, va incontro ad una maggiore obsolescenza fisica o tecnologica;
- “Processi e Organizzazione”: l'accorpamento di tre diverse strutture aziendali in una unica nuova struttura come risultato della fusione delle organizzazioni iniziali, raccoglie rischi quali: Transazioni o attività incomplete o non svolte, strumenti o servizi non adeguati, attività non tempestive, attività non autorizzate, errori di esecuzione, registrazione, regolamento, documentazione, inadeguata attribuzione dei ruoli e delle responsabilità, carente o inadeguato sistema di rilevazione delle performance, carenze di controllo;
- “Tecnologia e sistemi”: l'estensione geografica che coinvolge complessivamente 98 comuni presenta gradi di evoluzione tecnologica diversi sono quindi prevedibili interruzione della struttura di rete, caduta dei sistemi di comunicazione, malfunzionamenti degli applicativi, errori di programmazione, scarsa sicurezza dei sistemi.

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

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

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

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

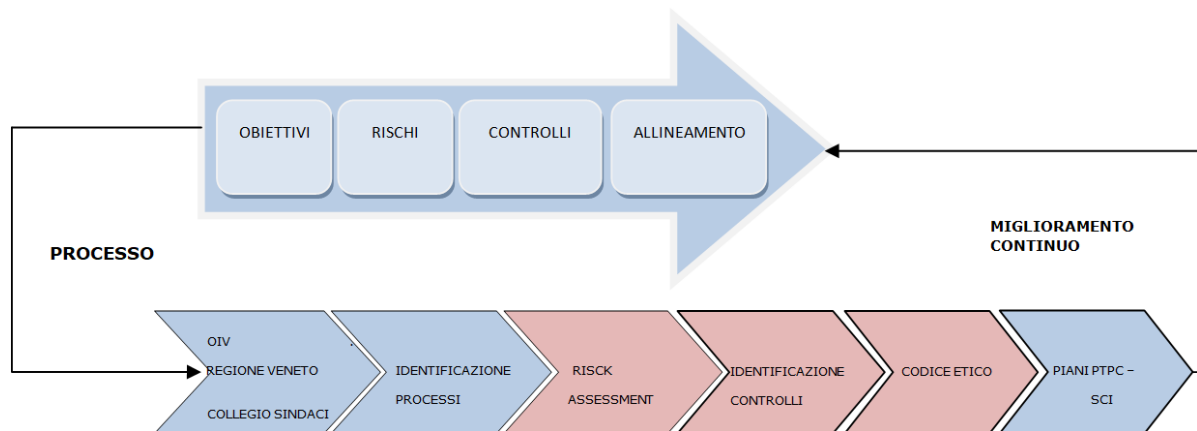
Il presente Piano andrà pertanto, in parallelo al Piano dello sviluppo del SCI, progressivamente a mappare tutte le aree di attività aziendali, individuando il relativo rischio, nonché le azioni e gli strumenti necessari per prevenire quello medio/alto, stabilendo le priorità di trattazione.

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

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

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

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



Analisi di Processo

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

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

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

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

Sono inoltre stati organizzati dei corsi di facilitazione con gruppi di lavoro caratterizzati dal Process Owner e da componenti di varie U.O. interessate al processo, in cui il R.P.C.T. ha illustrato i vari strumenti da impiegare nello studio di processo valorizzando gli elementi comuni alla metodologia introdotta da ANAC con Deliberazione 1064/2019, allegato 1.

Mappatura dei processi a rischio corruzione (Allegato B)

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

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

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

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

I processi studiati sono:

1. Attività specialistica in regime di Libera Professione

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

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

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

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

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

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

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

5. Controlli sanitari ufficiali in applicazione al DLgs 194-2008

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

6. Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale dipendente

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

7. Prestazioni di ricovero in SSN

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

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

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

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

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

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

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

11. Acquisto servizi per assistenza protesica

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

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

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

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

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

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

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

15. Gestione delle attrezzature sanitarie

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

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

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

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

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

18. Gestione del contenzioso

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

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

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

20. Gestione di servizi in outsourcing

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

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

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

22. Prestazioni di specialistica ambulatoriale

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

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

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

24. Attività di ricovero in regime di LP

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di apertura attività in LPI del Dirigente alla chiusura della cartella clinica, pagamento della fattura e ripartizione compenso al personale

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

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

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

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

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

27. Formazione interna ed esterna del personale

Descrizione dei limiti del processo: dalla predisposizione del piano formativo alla liquidazione dei costi sostenuti (per la formazione interna) e dalla richiesta di formazione esterna alla fattura dell'ente di formazione e al report di dettaglio per il rimborso spese ed il pagamento del personale dipendente come docenti / tutor

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

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

29. Prestazioni di pronto soccorso

Descrizione dei limiti del processo: Dalla richiesta di prestazione al pagamento dell'eventuale ticket (il controllo delle autocertificazioni potrebbe essere considerato come un controllo), alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per prestazioni erogate a utenti fuori ULSS o alla fatturazione alla Prefettura

30. Gestione delle donazioni

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

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

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

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

Pur essendo stata sostanzialmente confermata la metodologia di analisi e valutazione del rischio già utilizzata nell'ambito dei precedenti PTPC, attesi i riscontri positivi prodotti dalla sua applicazione e la compatibilità con gli indirizzi adottati dall'ANAC, si è ritenuto opportuno operare una implementazione della strumentazione di analisi del rischio anche alla luce delle indicazioni fornite dalla Deliberazione ANAC n. 1064/2019; atto in cui ANAC ha fornito il PNA 2019 suggerendo alle P.A. di formalizzare gli eventi a rischio individuati "tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi, attività, si riporta la descrizione degli eventi rischiosi che possono manifestarsi con riferimento alla frode e alla compliance. In merito il presente documento per il triennio 2022-2024 impone la stesura del registro sui presupposti di un'attenta ponderazione dei comportamenti a rischio corruzione in rapporto alle attività tracciate all'interno delle matrici di mappatura dei processi già studiati e che saranno oggetto di revisione. Conseguente la

stesura completa del registro sarà differita al termine della revisione del nuovo sistema di prevenzione, ragionevolmente calcolato in una annualità.

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

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

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

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

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

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

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

3 – TRATTAMENTO DEL RISCHIO.

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

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

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

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

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

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

Con riferimento alle “misure ulteriori” è ancor più rilevante tuttavia l’efficacia del controllo posto in essere, che in un sistema di controllo interno, giovane, come quello della ULSS 9 Scaligera, merita di essere valutato nel corso dell’anno 2023 prima di potersi dire effettivo.

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

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

Nelle pagine successive vengono presentate, mediante schede dettagliate, “le misure comuni e obbligatorie” di prevenzione e contrasto da introdurre/attuare oppure monitorare (qualora già introdotte) secondo la programmazione definita dalla presente sotto sezione del PIAO.

Obblighi relativi alla trasparenza – Misura 01

Gli obblighi relativi alla trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nel d.lgs. 33/2013, nella l. 190/2012, nel D. Lgs 97/2016 e nelle altre fonti normative e disposizioni vigenti. Gli obblighi di trasparenza si conformano alle disposizioni dell’ANAC e sono indicati nell’Elenco Obblighi di Pubblicazione (EOP) allegato al presente Piano sub 2. Derivano dall’aggiornamento dell’allegato alla delibera 50/2013 dell’ANAC, disposto con delibera n. 1310 del 28.12.2016 “*Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016.*”.

MISURA	MO1	COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Inserimento e pubblicazione di dati, informazioni e documenti nella sezione “Amministrazione Trasparente”.	I Responsabili indicati nel EOP	Come indicato nel EOP
B	Relazioni semestrali sugli obblighi di pubblicazione da presentare al RPCT, nelle quali i Dirigenti/Referenti possono indicare eventuali ulteriori dati/informazioni/ documenti per i quali non sia già obbligatoria la pubblicazione.	I Responsabili indicati nel EOP	Entro luglio e gennaio di ogni anno con riferimento ai semestre precedente
C	Report sulla gestione dell’accesso civico, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili.	RPCT	Entro 31 dicembre di ogni anno
D	Report sulla gestione dell’accesso civico generalizzato, valutando eventuali percorsi di miglioramento possibili.	RPCT	Entro 31 dicembre di ogni anno
E	Rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all’accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami (esame risultati questionario)	RPCT	Entro 31 dicembre di ogni anno

Ai fine di dare attuazione alle raccomandazioni di cui al procedimento di vigilanza ANAC UVOT/2155/2019/PP, per i Dirigenti non Generali con incarico di Unità di Struttura Semplice, Complessa e Dipartimentale deve essere pubblicato oltre agli estremi degli atti di conferimento dell’incarico come da art. 15 DLgs 33/2013, anche ciò che può essere assimilabile a “...l’atto di nomina o di proclamazione con indicazione della durata dell’incarico...”.

Informatizzazione dei processi – Misura 02

Come evidenziato dallo stesso PNA, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Inoltre tra i controlli primari l'informatizzazione realizza:

- **Controlli Preventivi:** hanno il potere di dissuadere la ricorrenza di eventi non voluti.
- **Controlli Detentivi:** a seguito del verificarsi di un evento non voluto permettono di distinguere le cause dagli alert pre impostati
- **Controlli correttivi:** correggono gli effetti negativi conseguenti ad eventi non voluti

Il RPCT garantisce la presenza nel sito internet istituzionale di almeno un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze, ai sensi dell'articolo 38 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa di cui al D.P.R. 445\2000, e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano. Nel corso del 2018, in attesa delle scelte di Azienda Zero (L.R. n. 19/2016) sono stati bloccati i finanziamenti regionali relativi all'informatizzazione, quindi non è stato possibile prevedere l'informatizzazione dei processi, tuttavia si ripropone la misura nel 2022, in modo da armonizzare tali interventi con la nuova organizzazione della sanità veronese e gli obblighi dettati dal Codice dell'Amministrazione Digitale.

MISURA M02		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Con l'obiettivo di giungere alla maggiore diffusione possibile dell'informatizzazione dei processi, entro il 30 ottobre tutti i Referenti sono chiamati a relazionare al RPCT con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi Servizi attraverso la compilazione del questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso.	Tutti i Referenti	Compilazione del questionario su richiesta del RPCT.
B	Sulla base della relazione da presentare entro il 30 ottobre, proposta di estensione della informatizzazione dei processi.	I Referenti e il Direttore del Servizio Sistemi Informativi	Relazione al RPCT entro il 30 giugno di ogni anno.

Monitoraggio stato attuazione Piano di Prevenzione della Corruzione - Misura 03

Dal disposto dell'art. 1, c. 9, lett. c) e c. 10 della l. 190/2012 deriva l'obbligo per l'Azienda di provvedere alla verifica dell'efficace attuazione del PTPC attraverso la figura del RPCT. In considerazione delle dimensioni aziendali e dell'organizzazione in corso di attuazione, è necessario andare a rilevare con uno strumento di control self-assessment le aree di miglioramento per il trattamento dei rischi, i processi di controllo, i percorsi di miglioramento dell'efficacia.

MISURA M03		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Ogni Referente compila il questionario predisposto dal RPCT via WEB entro la data indicata dallo stesso. Eventuale relazione sui casi di corruzione / violazione del codice di comportamento – nuovi bisogni formativi .	Tutti i Referenti per l'area di rispettiva competenza.	Entro data indicata da RPCT, ogni semestre / anno.

Rotazione del personale - Misura 04

In materia di rotazione del personale, si rinvia espressamente al PNA 2016 (pag. 16) e a quanto in esso disposto.

Si aggiunge che l'Azienda, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali, si impegna ad mantenere modalità operative e procedure per la rotazione, previa adozione, ove necessario, di criteri generali oggettivi. L'attuazione

della misura dovrà avvenire, compatibilmente con le risorse umane disponibili, in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni, in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa e nel rispetto dei CCNL.

Ove le condizioni organizzative non consentissero l'attuazione della misura, l'Azienda ne darà conto con adeguata motivazione, avuto presente che la specificità delle Aziende sanitarie spesso non consente reali alternative se non a grave discapito della qualità dei servizi resi ai cittadini e/o un notevole aggravio dei costi. Parimenti la notevole differenza delle professionalità previste in capo ai Dirigenti dell'Area Tecnico, Professionale ed Amministrativa, richiedono frequentemente specifici percorsi formativi e portano a maturare esperienze lavorative molto distanti e difficilmente intercambiabili, se non rischiando la paralisi amministrativa. Comunque, in caso di rotazione, dovranno essere previsti periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici.

MISURA M04		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Con riferimento al personale che non ha effettuato rotazioni nel corso degli anni 2017-2021, predisposizione di una proposta di criteri per la rotazione del personale	Direttore Servizio Risorse Umane	Proposta entro 30 ottobre di ogni anno.

Procedura di formazione e selezione del personale – Misura 05

La formazione in tema di anticorruzione prevede uno stretto collegamento tra la Pianificazione Triennale di prevenzione della corruzione e quella della Formazione, fortemente sancito dal PIAO. Il personale afferente alle aree a rischio diventa destinatario di specifici percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo, specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico. Come per gli anni trascorsi, il personale sarà formato secondo le modalità concordate tra il RPCT e il Direttore del Servizio Risorse Umane. La mancata partecipazione del personale convocato alle iniziative formative programmate, senza giustificato motivo, sarà valutata in termini di compatibilità con l'ufficio rivestito e, più in generale, rispetto alle norme contenute nel Codice Etico e di Comportamento. Particolare attenzione e rilievo sarà data nel 2022 alla formazione del personale operante in ambito ospedaliero e non, attraverso corsi di formazione interna dedicati al personale maggiormente esposto al rischio di fenomeni corruttivi, così come individuato dai rispettivi Responsabili.

Il RPCT, infatti, invita periodicamente i Dirigenti di ogni Unità ad individuare i propri dipendenti che hanno l'obbligo di partecipare ai programmi di formazione, costituendo il fabbisogno formativo che deve essere inserito nella Programmazione della Formazione prevista in specifica sotto sezione del presente PIAO, con destinatari il RPCT, i Referenti per la Prevenzione della Corruzione, i Dirigenti, le Posizioni organizzative e gli Operatori individuati dai rispettivi dirigenti delle aree a maggior rischio. I Dirigenti dei Servizi garantiscono che ai nuovi assunti sia garantito l'affiancamento con personale esperto interno.

MISURA M05		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Il RPCT invita i referenti a individuare il personale da inserire nei programmi di formazione in materia di trattamento dei rischi di frode e compliance e dei relativi controlli.	RPC e Tutti i Referenti.	Ogni anno in coerenza con il piano di formazione aziendale per l'anno corrente.

Monitoraggio del rispetto delle norme di comportamento dei dipendenti – Misura 06.

I dipendenti dell’Azienda conformano i propri comportamenti alle previsioni di cui al d.p.r. 16.4.2013, n. 62 “*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del Decreto Legislativo 30.03.2001, n. 165*”, e del Codice Etico e di Comportamento aziendale, recepito con deliberazione n. 647 del 11/10/2018, nonché alle prescrizioni contenute nella presente sotto sezione del PIAO. In caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conformare il proprio operato ai contenuti della presente sotto sezione del PIAO, troveranno applicazione le disposizioni vigenti in materia di responsabilità civile, amministrativa-contabile, penale, disciplinare e dirigenziale.

Ai fini dell’attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui all’art. 1, c. 49 e 50, della l. 190/2012 ed ai capi V e VI del d.lgs. 39/2013, all’atto del conferimento dell’incarico, l’interessato deve presentare una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità ivi previste.

Ciascun Responsabile, per gli incarichi di rispettiva competenza, invierà al RPCT annualmente (entro il 30 ottobre) i dati riepilogativi e gli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno condotto a situazioni di non compatibilità o non conferibilità. Sono già stati predisposti o modificati gli schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell’osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell’amministrazione.

MISURA M06		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Adeguamento degli atti di incarico, contratti e bandi di nuova stipula al Codice Etico e di Comportamento	Tutti i Referenti	Tempestivamente
B	Invio al RPCT annualmente dei dati riepilogativi e degli esiti delle verifiche condotte in materia di inconferibilità e incompatibilità che hanno condotto a situazioni di non compatibilità o non conferibilità.	Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza	Entro 30 ottobre di ogni anno
C	Invio al RPCT annualmente delle segnalazioni pervenute relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dai Codici di comportamento dell’amministrazione	Ciascun Referente per gli incarichi di rispettiva competenza	Entro 30 ottobre di ogni anno

Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower) – Misura 07.

Il whistleblower è colui il quale testimonia un illecito nello svolgimento delle proprie mansioni lavorative e decide di segnalarlo a un soggetto che possa agire efficacemente al riguardo. Il whistleblowing consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano oggettivi illeciti a danno dell’interesse dell’Azienda (e non quelle relative a soggettive lamentele personali). La segnalazione si configura essenzialmente come uno strumento preventivo dal momento che la sua funzione primaria è quella di portare all’attenzione dell’organismo preposto i possibili rischi di illecito di cui si è venuti a conoscenza. Di fondamentale importanza si ritiene essere la formazione continua in materia .

La legge 6.11.2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione", introduce, per la prima volta nel nostro ordinamento, una disposizione specificamente diretta alla regolamentazione del c.d. "whistleblowing" nell’ambito del pubblico impiego.

L’art. 1, comma 51, legge n. 190/2012, novella infatti il D.Lgs. 30.03.2001, n. 165, "Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", introducendo dopo l’articolo 54 una nuova disposizione, l’articolo 54-bis, intitolato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti".che testualmente recita

"1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all’autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

2.Nell’ambito del procedimento disciplinare, l’identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla

segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

3. L'adozione di misure discriminatorie e' segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

4. La denuncia e' sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni".

In proposito, si segnala la determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala "illeciti (c.d. whistleblower)", con la quale si indicano le procedure che l'ANAC medesima intende seguire per la gestione delle segnalazioni delle quali è destinataria e che possono costituire un utile riferimento per le amministrazioni tenute ad applicare l'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001.

L'Autorità non ha potuto sottolineare, tuttavia, l'incertezza del dettato normativo che caratterizza la materia, auspicando, in proposito, un intervento del legislatore volto a chiarire le questioni interpretative ancora aperte, alcune delle quali sono state segnalate nelle predette Linee Guida.

L'Azienda ULSS n. 9 Scaligera ha attivato un nuovo canale informatico di whistleblowing nell'ambito del progetto [WhistleblowingPA](#) promosso da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, attraverso una piattaforma online attivata al fine di garantire i necessari vantaggi di sicurezza. La segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

MISURA M07		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Formazione specifica in materia di whistleblowing	RPCT	Focus da programmare nei corsi

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – Misura 08

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 *bis* del d.lgs. 165/2001 e 3 del d.lgs. 39/2013, ciascun Referente verifica la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 *bis* del d.lgs. 165/2001;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 *bis* con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.p.r. 445/2000 (art. 20 d.lgs. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso sono adeguati a quanto previsto nel presente paragrafo.

MISURA M08		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Autocertificazione da parte del personale all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza di precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione (art. 35 bis d.lgs. 165/2001 e art. 3 d.lgs.39/2013)	Referenti per le attività di rispettiva competenza	Acquisizione dell'autocertificazione prima del conferimento dell'incarico
B	Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi sono inserite le condizioni ostative al conferimento, e i regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o concorso sono adeguati a quanto previsto dall'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001 e dell'art. 3 del d.lgs.39/2013	Referenti per le attività di rispettiva competenza	Tempestivamente

Patto di integrità – Misura 09

L'art. 1 c. 17 della l. 190/2012 prevede che le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara. I patti di integrità e i protocolli di legalità configurano un complesso di regole di comportamento volte alla prevenzione del fenomeno corruttivo e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'AVCP, ora ANAC, con determinazione n. 4 del 2012, si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

MISURA M09		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Il Patto deve essere sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla procedura di affidamento del contratto pubblico; l'espressa accettazione del Patto costituisce condizione di ammissione alla procedura di affidamento e tale condizione deve essere espressamente prevista nei bandi di gara, negli avvisi e nelle lettere d'invito.	Referenti	Adempimento tempestivo e costante in ogni procedura con valore economico pari o superiore a euro 20.000,00.

Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali – Misura 10

L'Azienda si impegna a verificare la corrispondenza del proprio regolamento per l'attuazione di quanto previsto dall'art. 53, c. 3 *bis*, del d.lgs. 165/2001 e dall'art. 1, c. 58 *bis*, della l. 662/1996 e, se necessario, al suo adeguamento.

MISURA M10		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Verifica della corrispondenza dei regolamenti dell'Azienda con la vigente normativa e, se necessario, loro adeguamento.	Direttore del Servizio Risorse Umane	Entro 60 giorni dalla pubblicazione delle nuove disposizioni.

Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) – Misura 11

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, c. 16 *ter*, del d.lgs. 165/2001, nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad *ex* dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto. E' disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente.

Si agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli *ex* dipendenti

per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 *ter*, d.lgs. 165/2001.

MISURA M11		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	Direttore del Servizio Risorse Umane	Inserimento tempestivo della clausola
B	Nelle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi prevedere obbligo di autocertificazione, da parte delle ditte interessate, circa il fatto di non avere stipulato rapporti di collaborazione/ lavoro dipendente con i soggetti individuati dall'art. 53 c. 16 <i>ter</i> d.lgs. 165/2001.	Referenti dei Servizi competenti	Acquisizione tempestiva dell'autocertificazione

Codici di comportamento – Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi – Misura 12

Lo strumento del codice di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti. L'art. 1 c. 9, lett. e) della l. 190/2012 prevede l'obbligo di monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere. A tal fine, devono essere verificate le ipotesi di relazione personale o professionale sintomatiche del possibile conflitto d'interesse tipizzate dall'art. 6 del d.p.r. 62/2013 "*Codice di comportamento dei dipendenti pubblici*" nonché quelle in cui si manifestino "gravi ragioni di convenienza" secondo quanto previsto dal successivo art. 7 del medesimo decreto.

Nell'esercizio delle funzioni attribuite, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi dal procedimento, in caso di conflitto di interesse anche potenziale, segnalando al diretto superiore gerarchico, che ne informa il RPCT, ogni situazione di conflitto.

Il dipendente, quindi, deve astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero: di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi; oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale o altro rapporto preferenziale, di individui od organizzazioni con cui in prima persona o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, di individui od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente; di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.

L'art. 54 del d.lgs. 165/2001, come sostituito dall'art. 1 c. 44, della l. 190/2012, dispone che la violazione dei doveri contenuti nei codici di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione della presente sotto sezione del PIAO, è fonte di responsabilità disciplinare. La violazione dei doveri è rilevante anche ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile ogni qualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, obblighi, leggi o regolamenti.

MISURA M12		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Tutti i dipendenti devono dichiarare al proprio Responsabile, con atto di notorietà, l'esistenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse come indicato nella normativa.	Tutti i dipendenti per quanto di competenza	Tempestivamente e comunque prima dell'attività.
B	Mantenere registro dei conflitti di interesse	RPCT	Triennale

Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile – Misura 13

Sono pianificate adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. A questo fine, una prima azione consiste nel dare efficace comunicazione e diffusione alla strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il PTPCT e alle connesse misure.

Atteso che l'azione di prevenzione e contrasto della corruzione richiede un'apertura di credito e di fiducia nella relazione con i cittadini, che possa nutrirsi anche di rapporto continuo, alimentato dal funzionamento di stabili canali di comunicazione, l'Azienda adotta soluzioni organizzative e tempi per l'attivazione di canali dedicati alle segnalazioni da parte dei cittadini, anche attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, quale interfaccia comunicativa interno/esterno.

MISURA M13		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Pubblicazione della sotto sezione del PIAO relativa ai rischi corruttivi e alla Trasparenza nel sito internet aziendale, nonché degli aggiornamenti annuali. Pubblicazione degli eventuali suggerimenti e proposte sulla prevenzione della corruzione provenienti dai portatori di interesse.	RPCT	Entro la fine del mese successivo a quello in cui sono pervenute suggerimenti/proposte.

Obblighi di conoscenza della Programmazione anticorruzione e della Trasparenza – Misura 14

La presa visione della sotto sezione del PIAO dedicata ai rischi corruttivi e Trasparenza e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i dipendenti, consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo, dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici; personale assunto con contratto di somministrazione, borsisti, stagisti e tirocinanti. Per rendere effettivo tale obbligo, si adottano le seguenti misure:

MISURA M14		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Pubblicazione avviso nel sito web aziendale e nella sezione riservata agli operatori di avvenuta approvazione PIAO e sua pubblicazione	Tutti gli estensori	Per RPCT come da indicazioni ANAC entro la fine di gennaio anno del piano anticorruzione
B	Il Direttore Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del PIAO consultando l'apposito sito web e di inviare al medesimo, entro 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del PIAO	Direttore Servizio Risorse Umane	Tempestivamente

Relazione annuale RPCT – Misura 15

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

MISURA M14		COMPETENZE	SCADENZIARIO
A	Pubblicazione in “Amministrazione trasparente” della relazione annuale RPCT	RPCT	Come da indicazioni ANAC entro data prevista

4 – ANTIRICICLAGGIO.

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

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

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

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

L'AULSS 9 darà attuazione al citato ministeriale, individuando tale “Gestore” e disciplinando le relative procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette, la tempestività della segnalazione alla UIF, la massima riservatezza dei soggetti coinvolti nell'effettuazione della segnalazione stessa e l'omogeneità dei comportamenti;

5 – MONITORAGGIO.

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

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

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

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

CONTROLLO PRIMARIO DI LINEA:

La responsabilità del buon funzionamento del sistema di controllo interno è riferita a tutti i dipendenti della ULSS n. 9, nell'ambito delle funzioni svolte



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

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

Gestione integrata dei rischi operativi

inerenti l'ordinaria attività gestionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

Il monitoraggio sull'efficacia del Piano e delle misure viene effettuato dall'Internal Audit coordinato dal RPCT, svolto con il coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio.

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

Particolare rilievo, come si dirà al paragrafo successivo, ha la relazione della Performance, sulla scorta della quale il Responsabile della prevenzione effettuerà un'analisi per individuare le cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi, e individuerà, anche su proposta dei responsabili dei Servizi, azioni correttive da inserire nel PTPCT.

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

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

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

Parte II Obblighi di Trasparenza

1 - OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA.

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

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

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

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

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

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

2 - TRASPARENZA E DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI.

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

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

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

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

- a) un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza è definito all'art. 2-bis rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013.

Recentemente il Consiglio dell'ANAC ha approvato la Delibera n. 1310 ad oggetto "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*".

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

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

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

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

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

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

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

5 - COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER – GIORNATA DELLA TRASPARENZA

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

6 - RESPONSABILI DELLA PUBBLICAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI.

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

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

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

A seguito dell'Atto Aziendale, I Dirigenti responsabili delle Unità Operative Aziendali assumono il ruolo di Referenti Aziendali per la Trasparenza e in quanto tali sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Piano. Il Dirigente Responsabile di ciascuna Unità, pertanto, ha la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza,

compiutezza e tempestività dei dati, anche per quanto attiene al formato dei medesimi in ossequio al dettato normativo, sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni.

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

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

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

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

<p>Trasmissione all'ANAC di contratti per determinate categorie merceologiche</p>	<p>494.All'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il terzo e il quarto periodo sono sostituiti dai seguenti: «È fatta salva la possibilità di procedere ad affidamenti, nelle indicate categorie merceologiche, anche al di fuori delle predette modalità, a condizione che gli stessi conseguano ad approvvigionamenti da altre centrali di committenza o a procedure di evidenza pubblica, e prevedano corrispettivi inferiori almeno del 10 per cento per le categorie merceologiche telefonia fissa e telefonia mobile e del 3 per cento per le categorie merceologiche carburanti extra-rete, carburanti rete, energia elettrica, gas e combustibili per il riscaldamento rispetto ai migliori corrispettivi indicati nelle convenzioni e accordi quadro messi a disposizione da Consip SpA e dalle centrali di committenza regionali. Tutti i contratti stipulati ai sensi del precedente periodo devono essere trasmessi all'Autorità nazionale anticorruzione. In tali casi i contratti dovranno comunque essere sottoposti a condizione risolutiva con possibilità per il contraente di adeguamento ai migliori corrispettivi nel caso di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip e delle centrali di committenza regionali che prevedano condizioni di maggior vantaggio economico in percentuale superiore al 10 per cento rispetto ai contratti già stipulati. Al fine di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica attraverso una razionalizzazione delle spese delle pubbliche amministrazioni riguardanti le categorie merceologiche di cui al primo periodo del presente comma, in via sperimentale, dal 1° gennaio 2017 al 31 dicembre 2019 non si applicano le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma».</p>
--	---

Programma biennale per acquisti di beni e servizi superiori a 1 milione di euro. Obbligo di pubblicazione e trasmissione.

505. Al fine di favorire la trasparenza, l'efficienza e la funzionalità dell'azione amministrativa, le amministrazioni pubbliche approvano, entro il mese di ottobre di ciascun anno, il programma biennale e suoi aggiornamenti annuali degli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro. Il programma biennale, predisposto sulla base dei fabbisogni di beni e servizi, indica le prestazioni oggetto dell'acquisizione, la quantità, ove disponibile, il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche. L'aggiornamento annuale indica le risorse finanziarie relative a ciascun fabbisogno quantitativo degli acquisti per l'anno di riferimento. Il programma biennale e gli aggiornamenti sono comunicati alle strutture e agli uffici preposti al controllo di gestione, nonché pubblicati sul profilo del committente dell'amministrazione e sul sito informatico presso l'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture presso l'Autorità nazionale anticorruzione. La violazione delle previsioni di cui ai precedenti periodi è valutabile ai fini della responsabilità amministrativa e disciplinare dei dirigenti, nonché ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla *performance*. Le acquisizioni non comprese nel programma e nei suoi aggiornamenti non possono ricevere alcuna forma di finanziamento da parte di pubbliche amministrazioni. Sono fatte salve le acquisizioni imposte da eventi imprevedibili o calamitosi, nonché le acquisizioni dipendenti da sopravvenute disposizioni di legge o regolamentari. Le amministrazioni pubbliche trasmettono i dati di programmazione di cui ai periodi precedenti al Tavolo tecnico dei soggetti di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti. Sono altresì comunicati e pubblicati con le medesime modalità nel loro testo integrale tutti i contratti stipulati in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti, fatta salva la tutela delle informazioni riservate di proprietà del committente o del fornitore di beni e servizi. La disposizione del precedente periodo si applica anche ai contratti in corso alla data di entrata in vigore della presente legge aventi ad oggetto la fornitura alle amministrazioni pubbliche di beni e servizi di importo unitario superiore a 1 milione di euro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 271 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207, limitatamente agli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato inferiore a 1 milione di euro.

Si applica anche ai contratti in corso

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

8 - MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITA' DEGLI OBBLIGHI.

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

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

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

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

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

9 - MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI .

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

A tal fine il RPCT provvede a:

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

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

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

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

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

valuterà se attivare eventuali procedimenti disciplinari, applicando in tal modo quanto indicato dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013.

11 - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO.

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

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

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

Come previsto nella legge 190/2012, il principio della trasparenza costituisce, inoltre, misura fondamentale per le azioni di prevenzione e contrasto anticipato della corruzione. A questa impostazione consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione; ora è proprio la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell'accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act* (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni. In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto di accesso civico disciplinato dall'art. 5, comma 1 - come diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato "*da chiunque*" e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (comma 3). A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza "*non richiede motivazione*". In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di assicurare ai cittadini (a "*chiunque*"), indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati,

documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell'art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016. Per quanto sopra evidenziato, si ritiene che i principi delineati debbano fungere da canone interpretativo in sede di applicazione della disciplina dell'accesso generalizzato da parte delle amministrazioni e degli altri soggetti obbligati, avendo il legislatore posto la trasparenza e l'accessibilità come la regola rispetto alla quale i limiti e le esclusioni previste dall'art. 5 bis del d.lgs. 33/2013, rappresentano eccezioni e come tali da interpretarsi restrittivamente.

Distinzione fra accesso generalizzato e accesso civico.

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

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

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

i dinieghi di accesso agli atti e documenti di cui alla legge 241/1990, se motivati con esigenze di “riservatezza” pubblica o privata devono essere considerati attentamente anche ai fini dell’accesso generalizzato, ove l’istanza relativa a quest’ultimo sia identica e presentata nel medesimo contesto temporale a quella dell’accesso ex l. 241/1990, indipendentemente dal soggetto che l’ha proposta. Si intende dire, cioè, che laddove l’amministrazione, con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ex l. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato prevalente, e quindi nonostante l’esistenza di una posizione soggettiva legittimante ai sensi della 241/1990, per ragioni di coerenza sistematica e a garanzia di posizioni individuali specificamente riconosciute dall’ordinamento, si deve ritenere che le stesse esigenze di tutela dell’interesse pubblico o privato sussistano anche in presenza di una richiesta di accesso generalizzato, anche presentata da altri soggetti. Tali esigenze dovranno essere comunque motivate in termini di pregiudizio concreto all’interesse in gioco. Per ragioni di coerenza sistematica, quando è stato concesso un accesso generalizzato non può essere negato, per i medesimi documenti e dati, un accesso documentale.

Adozione di una disciplina sulle diverse tipologie di accesso.

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

In particolare, tale disciplina potrebbe prevedere:

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

Si tratterebbe, quindi, di:

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

Decorrenza della disciplina e aggiornamento delle Linee guida.

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

Eccezioni assolute e relative.

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

Eccezioni assolute:

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

Limiti (eccezioni relative o qualificate)

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

I limiti (esclusioni relative o qualificate).

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

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

DATI ULTERIORI

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

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

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

L'Azienda Ulss 9 Scaligera, per il conseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale e regionale ed in coerenza con quanto previsto dalla Legge e dai Piani Regionali, articola la propria struttura organizzativa in strutture organizzative gestionali e professionali. Le strutture organizzative gestionali possono essere individuate come semplici, semplici a valenza dipartimentale o complesse in funzione della particolare articolazione organizzativa, del bacino di utenza, della valenza strategica per l'Azienda.

L'Unità Operativa Complessa (UOC), articolazione interna di un dipartimento è dotata di piena autonomia tecnico-professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa. L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) afferisce direttamente al Dipartimento e, in analogia all'Unità Operativa Complessa, è anch'essa un'articolazione interna del dipartimento o dell'area funzionale di appartenenza ed è titolare di una funzione operativa con autonomia tecnico-professionale. L'Unità Operativa semplice (UOS) è articolazione interna di un'Unità Operativa Complessa, la cui autonomia tecnico-professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal direttore dell'unità operativa complessa di riferimento.

Oltre agli incarichi di direzione di UOC, UOSD e UOS l'Azienda prevede per le aree contrattuali della dirigenza, incarichi di tipo professionale per il coordinamento di specifiche attività sanitarie o tecnico-professionali. A tal proposito, l'Azienda promuove e favorisce la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo all'attribuzione degli incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta o di altissima professionalità e/o a valenza dipartimentale o interna a strutture complesse, incarichi che possono essere di varie tipologie, come previsto dal CCNL e dai contratti integrativi aziendali, ed essere valorizzati e pesati alla stregua degli incarichi gestionali di responsabile di struttura o di unità operativa, in conformità alla disciplina sulla graduazione delle funzioni concertata con le Organizzazioni Sindacali. Per il personale non dirigente del comparto, l'Azienda procede al conferimento degli incarichi di funzione che possono essere di organizzazione o professionali. Entrambi gli incarichi comportano l'attribuzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio di funzioni sanitarie o sociali o tecnico amministrativo e professionali, secondo quanto stabilito dal CCNL e dagli specifici accordi collettivi integrativi aziendali. E' in fase conclusiva l'iter per l'approvazione del nuovo CCNL del personale del comparto che modifica in modo sostanziale l'inquadramento del personale e gli incarichi allo stesso attribuibili.

L'organizzazione aziendale risulta dettagliata nell'allegato organigramma, parte integrante dell'Atto Aziendale dell'Azienda Ulss 9 Scaligera (disponibile al link https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13564)

Le linee di produzione

La funzione di produzione aziendale è assicurata dalle strutture tecnico funzionali complesse:

- Ospedale per i quali è presente un Responsabile di Funzione Ospedaliera;
- Distretto per i quali è presente un Responsabile di Funzione Territoriale;
- Dipartimento di Prevenzione.

Ciascuna funzione è dotata di autonomia tecnico funzionale e diretta da un Direttore, nominato con provvedimento del Direttore Generale, al pari del Direttore di Dipartimento, ai sensi della normativa vigente. Il supporto tecnico, amministrativo, professionale a tali strutture viene garantito dalle unità operative tecniche, amministrative e professionali cui è demandata, per quanto di propria competenza, l'acquisizione, l'organizzazione e la gestione delle risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali.

Assetto e modello organizzativo dell'azienda

Il sistema organizzativo dell'Azienda rispetta quanto richiesto dalla L.R. n. 22/2002, relativa al processo di autorizzazione e accreditamento all'esercizio. L'assetto organizzativo dell'Azienda si articola in Unità Operative distinte in base alla complessità in:

- Unità Operative Complesse;
- Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale/Distrettuale;
- Unità Operative Semplici.

In applicazione di quanto previsto dal D.Lgs. 502/92 e s.m.i., e dalla normativa regionale nonché dalle disposizioni applicative regionali, le predette Unità operative sono per lo più aggregate in Dipartimenti, quale modello ordinario di organizzazione aziendale. Nell'ambito delle strutture possono essere individuate le articolazioni funzionali, che si pongono come segmenti/livelli organizzativi anche dotati di autonomia funzionale, ed uffici intesi quali mere articolazioni interne di lavoro. Alla direzione delle Unità Operative, e delle articolazioni funzionali, hanno accesso figure dirigenziali, secondo le norme di cui ai CC.CC.NN.LL. ed alla restante normativa in materia, mentre la responsabilità degli Uffici può essere attribuita sia a figure dirigenziali che a collaboratori del personale del comparto.

L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali (art. 17 bis del D.Lgs. n. 502 del 1992), e va inteso, qualora strutturale, come centro di responsabilità. Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse. Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. La composizione del Dipartimento si articola in:

- Il Direttore del Dipartimento o il Coordinatore del Dipartimento funzionale;
- Il Comitato di Dipartimento.

Le Unità Operative

Le Unità Operative sono articolazioni aziendali in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali) finalizzate allo svolgimento di funzioni di amministrazione, programmazione, committenza o di produzione di prestazioni e servizi sanitari. La valenza strategica e la complessità organizzativa sono definite dalle seguenti variabili: - la rilevanza, l'intensità e la frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'Azienda;

- il grado di intersettorialità, di interdisciplinarietà ed interprofessionalità che è necessario governare per assicurare migliori livelli di efficacia, efficienza e rendimento degli interventi;
- la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, da monitorare, da organizzare e da gestire;
- il livello di autonomia e di responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato ed efficace assolvimento della funzione;
- il livello di integrazione richiesto tra le diverse aree omogenee di attività.

Le unità operative si distinguono in complesse e semplici in relazione all'intensità assunta dalle variabili descritte e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dalla Direzione e/o previsti dalla programmazione regionale. L'"autonomia gestionale" delle Unità Operative sia complesse che semplici va ricondotta nell'ambito dei vincoli posti dal documento di direttive di cui all'art. 14 della L.R. 55/94, che rappresenta il raccordo sistematico tra gli strumenti di programmazione e i budget, nonché, naturalmente, di quelli posti a seguito della stipula dei contratti di budget. L'"autonomia tecnico-professionale", peculiare soprattutto dei più elevati livelli di responsabilità di direzione di struttura complessa, deve assicurare il governo delle attività necessarie per il rispetto e per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Per ulteriori approfondimenti, si rimanda all'Atto Aziendale disponibile al seguente link

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13564

Il personale dipendente e convenzionato

L'Azienda ULSS 9 conta alla data del 31.12.2021 n. **6.165 dipendenti** in aumento di 440 rispetto al 2020 dei quali 405 per il comparto (279 ruolo sanitario , 106 ruolo tecnico e 20 del ruolo amministrativo).

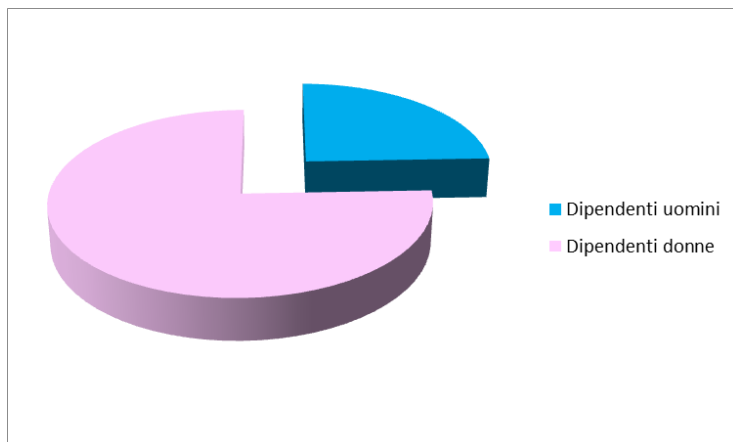
Tabella 7 Personale dipendente a tempo determinato e indeterminato in servizio al 31/12/2021 (Fonte applicativo SIGMA GPI)

PERSONALE DIPENDENTE a tempo indeterminato e determinato	Dati al 31 dicembre 2019	Dati al 31 dicembre 2020	Dati al 31 dicembre 2021
Dirigenza medica	833	828	837
Dirigenza NON medica	90	89	116
Dirigenza professionale	5	6	5
Dirigenza tecnica	5	4	5
Dirigenza amministrativa	18	18	17
Comparto ruolo sanitario	2.814	2.991	3.270
Comparto ruolo tecnico	1.079	1.201	1.307
Comparto ruolo amministrativo	616	588	608
TOTALE	5.460	5.725	6.165

Partendo dai dati dell'applicativo di gestione del personale dipendente in quanto ad oggi il Conto Annuale 2021 non è ancora stato redatto (rilevazione censuaria, effettuata annualmente dalla Ragioneria Generale dello Stato ai sensi del Titolo V del d. lgs. n. 165/2001 che prevede, ai fini del controllo del costo del lavoro pubblico, l'acquisizione di informazioni relative alle spese per il personale) si possono elaborare a livello aziendale alcune analisi che aiutano a definire il profilo dei dipendenti e risultano utili ai fini della determinazione del fabbisogno di personale e delle scelte strategiche aziendali.

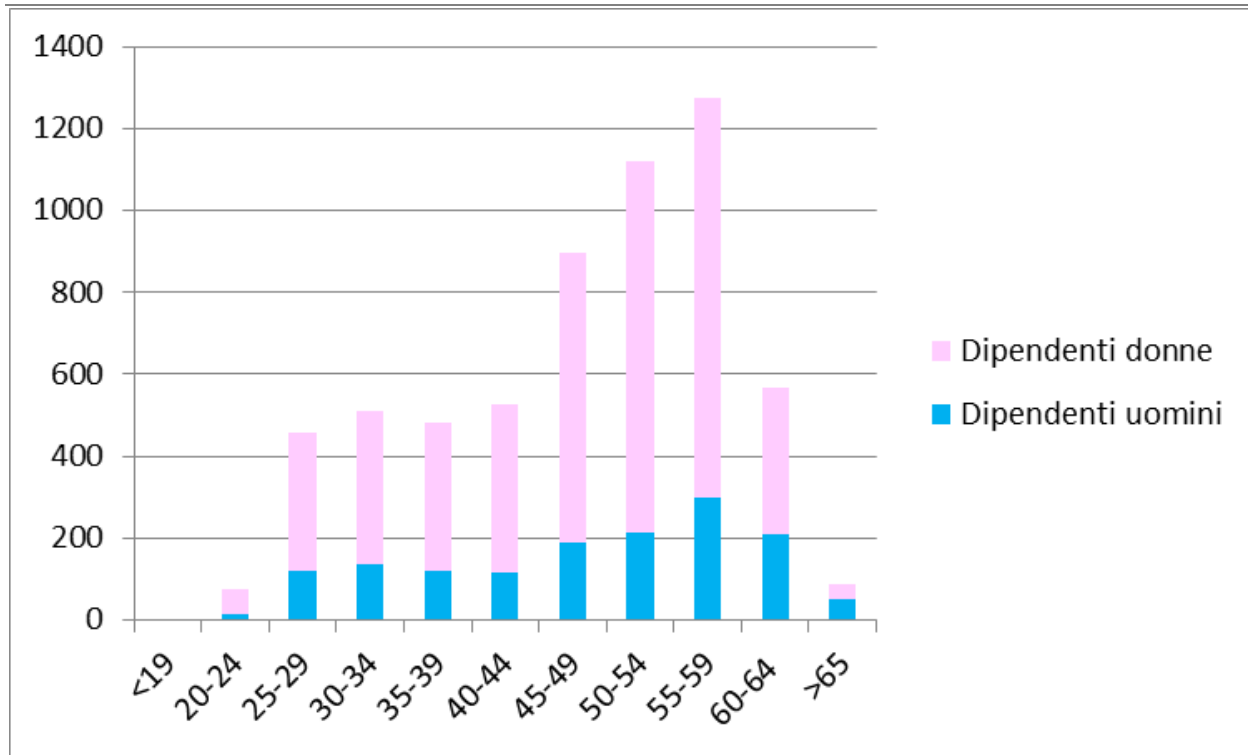
In particolare la distribuzione del personale a tempo indeterminato per sesso e fasce di età evidenzia una prevalenza dalla componente femminile (75,5% dei dipendenti), con un totale di 4.533 dipendenti donne e 1.466 uomini.

Grafico 3 Analisi dipendenti a tempo indeterminato per genere (Fonte applicativo SIGMA-GPI)



La distribuzione per fasce di età rivela che il 74% del personale ha più di 40 anni e che la fascia di età dove si colloca maggiormente il personale è quella dei 50-54 anni (19%).

Grafico 4 Analisi dipendenti a tempo indeterminato per genere ed età (Fonte applicativo SIGMA-GPI)



età	<19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>65	totale
Dipendenti uomini	0	16	119	137	120	116	188	214	297	208	51	1.466
Dipendenti donne	0	60	337	374	363	409	709	906	978	361	36	4.533
Totale	-	76	456	511	483	525	897	1.120	1.275	569	87	5.999
Incidenza % sul totale		1%	8%	9%	8%	9%	15%	19%	21%	9%	1%	

di cui con LAVORO FLESSIBILE	
2021	n. dipendenti
smart working	244
personale soggetto a turni*	2752
Personale soggetto a reperibilità*	1043

* Il dipendente è contato in entrambe le fattispecie qualora queste coesistano

La flessibilità e l'apertura al cambiamento sono i temi da affrontare e le competenze da sviluppare in questo periodo caratterizzato da un futuro incerto e mutevole. Cogliendo l'opportunità emersa nel periodo emergenziale sono stati 362 i dipendenti che nel 2020 hanno lavorato da remoto che sono aumentati nel 2021 fino ad arrivare a n. 395.

Fra questi dal 01/11/2021 si è provveduto con autorizzazione al mantenimento del lavoro agile, nonostante il previsto rientro in presenza, a n. 23 dipendenti con requisiti che corrispondevano a quanto richiesto dal DL 44/2021.

Al fine di proseguire questa esperienza positiva l'azienda ha adottato il Piano per il Lavoro Agile (POLA) quale modalità organizzativa innovativa della prestazione lavorativa comprendente ogni forma di lavoro affrancato da vincoli legati a luogo e orario, lasciando ai dipendenti maggiore autonomia nel definire le modalità di lavoro a fronte di una maggior responsabilizzazione sui risultati. E' la dimostrazione dell'attenzione dimostrata dall'Azienda al tema del bilanciamento

esigenze di vita esigenze lavorative già posto alla base dell'approvazione, nel 2017 del Regolamento del Lavoro Agile in Azienda Aulss9.

I dipendenti cessati nel 2021 sono stati 438 (48% per pensionamento) mentre le assunzioni a tempo indeterminato nello stesso anno sono state 790.

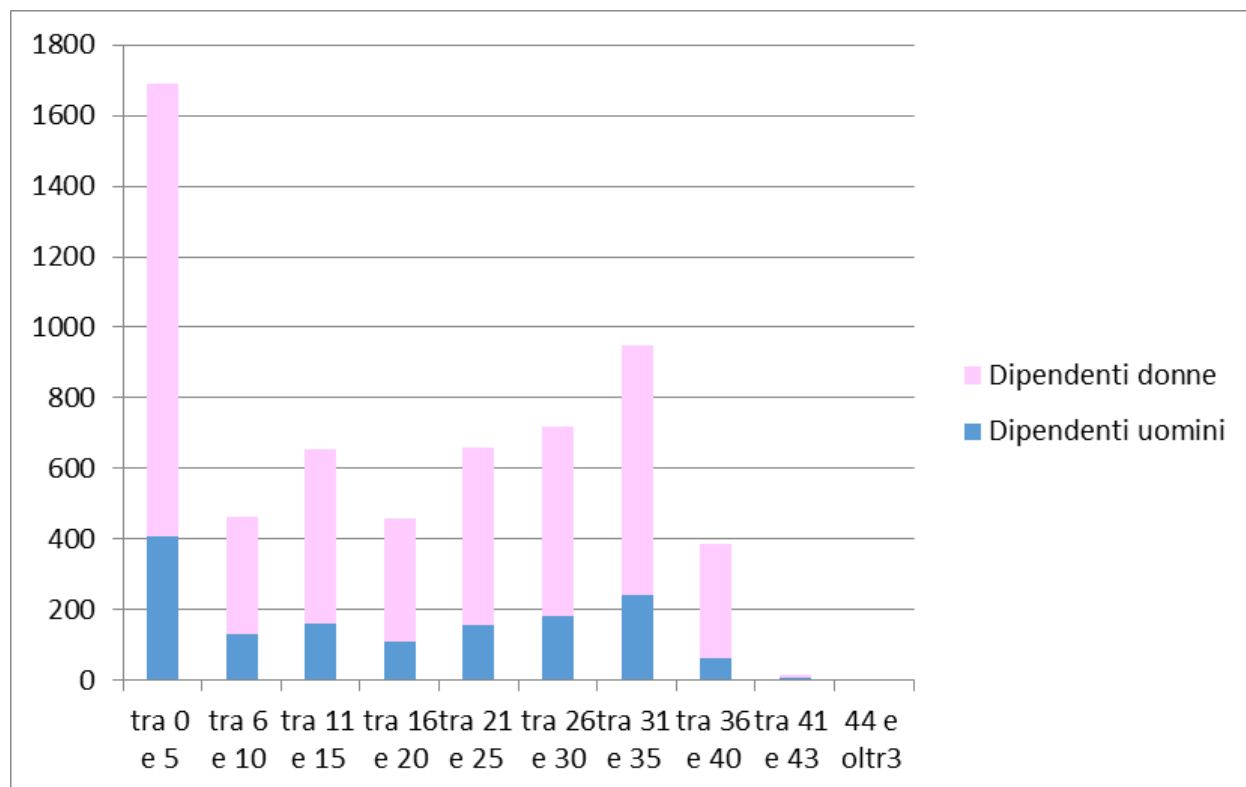
Tabella 8 Cessati ed assunti a tempo indeterminato nel 2021 (Fonte applicativo SIGMA-GPI)

Dipendenti a tempo indeterminato cessati nel 2021				Uomini	Donne	Totale
Collocamento a riposo per limiti di età				22	19	41
Dimissioni (con diritto a pensione)				57	166	223
Passaggi ad altra amministrazione della sanità				5	12	17
Altre cause				49	135	184
Totale				133	332	465

Dipendenti a tempo indeterminato assunti nel 2021				Uomini	Donne	Totale
Nomina a concorso				175	580	755
Altre cause				6	14	20
Assunzione per chiamata numerica (cat.prot)				3	3	6
Passaggi da altra amministrazione				3	16	19
Totale				187	613	800

La fascia di anzianità che accoglie più dipendenti è quella dei 0-5 anni di servizio a dimostrazione dell'elevato turn over occorso negli ultimi anni con tantissimi pensionamenti ed elevato reclutamento di personale anche in extra turn over.

Grafico 5 Classi di anzianità di servizio (Fonte Conto Annuale 2020)



Dipendenti a tempo indeterminato suddivisi per anni di anzianità											
	tra 0 e 5	tra 6 e 10	tra 11 e 15	tra 16 e 20	tra 21 e 25	tra 26 e 30	tra 31 e 35	tra 36 e 40	tra 41 e 43	44 e oltr3	totale
Dipendenti uomini	407	133	160	111	157	184	242	63	9	0	1466
Dipendenti donne	1281	330	496	350	503	535	705	324	9	0	4533
Totale	1688	463	656	461	660	719	947	387	18	0	5999
Incidenza % sul totale	28%	8%	11%	8%	11%	12%	16%	6%	0%	0%	

Tabella 9 Classi di anzianità di servizio (Fonte Conto Annuale 2020)

	VALORI MEDI ASSENZE nel 2021					
	n° dipendenti al 31/12/2021	GG assenza ferie	GG assenza retribuite	GG conged1 parentali covid	gg assenza non retribuita	gg formazione
Direttori Azienda	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medici	766	32,07	16,54	0,19	2,95	0,22
Laureati non Medici	207	25,31	9,72	0,04	0,97	0,18
Infermieri	2.508	30,74	20,89	0,22	2,27	0,10
Tecnici sanitari	770	29,83	16,23	0,22	3,54	0,20
OTAA/OSS	905	31,91	18,30	0,07	4,51	0,01
Ingegneri	5	25,40	2,60	0,00	0,00	0,93
Dirigenti Tecnici non Sanitari	5	23,60	6,40	0,00	0,00	0,00
Tecnici non sanitari	379	28,70	14,09	0,10	2,78	0,25
Amministrativi	639	28,34	16,85	0,08	3,19	0,02
Totali		25,59	12,16	0,09	2,02	0,19

Il personale convenzionato che lavora sul territorio supera le 1000 unità: **161 medici SAI** (Specialisti ambulatoriali in convenzione), **548 MMG** (medici di medicina Generale) dei quali 88% lavorano in forma associata, **112 PLS** (pediatri di libera scelta) e **130 MCA** (medici di continuità assistenziale). A questo gruppo si sono aggiunti **51 medici delle USCA** (Unità Speciali Continuità Assistenziale) dedicati all’assistenza, non solo domiciliare, dei malati covid.

Tabella 10 Personale convenzionato al 31/12

Personale Convenzionato al 31.12.2021*	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4	ULSS 9
Medici di medicina generale – assistenza primaria	151	135	87	175	548
Pediatri di libera scelta	26	29	19	38	112
Specialisti ambulatoriali interni	0	0	0	0	161
Medici di medicina generale – continuità assistenziale	40	33	18	39	130
Medici USCA	14	16	9	12	51
Totale	231	213	133	264	1002

*il dato comprende sia i tempi indeterminati che i tempi determinati

L’Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 936 del 30 novembre 2021 con oggetto “Revisione piano triennale dei fabbisogni di personale 2021- 2023 e adozione piano triennale dei fabbisogni – 2024”, ha approvato il piano triennale del fabbisogno di personale per gli anni 2021-2023 di cui agli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs. 165/2001 relativi rispettivamente a “Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale” e “Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale”. A seguito di approvazione da parte della Regione Veneto, il piano è stato adottato in via definitiva, come da deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 03/03/2022.

Nel piano 2022-2024 si è privilegiato il ricorso ad assunzioni di personale dipendente, ricorrendo anche a scelte di gestione con modalità diverse dalla esternalizzazione con la quale alcune strutture erano state attivate (ad esempio comunità terapeutiche). Purtroppo questa scelta non è sempre attivabile a causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali. Le attività di pronto soccorso degli Ospedali di Bussolengo e Villafranca e le attività anestesilogiche dei tre

plessi, ad esempio, sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente.

In attuazione della programmazione regionale di cui alla DGR 1107/2020 che ha modificato le schede di dotazione delle strutture stabilite con la DGR 614/2019, per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie dell'ULSS 9, è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di **Malcesine**: primo semestre 2022;
- Hospice di **Marzana**: inizio 2022 attivato;
- Ospedale di Comunità di **Caprino**: primo semestre 2022 in corso di attivazione;
- Hospice di **Bovolone**: primo semestre 2022 compatibilmente con l'andamento dell'emergenza pandemica in corso di attivazione;
- Ospedale di Comunità di **Bussolengo** inizio 2022;
- URT di **Bussolengo**: Se ne prevede l'attivazione nel secondo semestre 2022;
- URT e Ospedale di Comunità di **Marzana** attivazione nel 2024;
- Ospedale di Comunità di **Isola della Scala** prevista l'attivazione nel 2024;
- Ospedale di Comunità di **Nogara** prevista l'attivazione nel 2024.

Per quanto riguarda l'ADI infermieristica e riabilitativa nel corso del 2021 si è conclusa l'attività di reinternalizzazione.

Organizzazione del lavoro agile

Livello di attuazione e sviluppo

L'Azienda ULSS9 Scaligera, con deliberazione n. 1050 del 23/12/2021 ha approvato il PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE (POLA) - AULSS 9 "SCALIGERA" che ha ricompreso il REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA IN MODALITA' LAVORO AGILE (SMART WORKING)" ed il REGOLAMENTO SULL'UTILIZZO DEL TELELAVORO DOMICILIARE nell'ambito delle iniziative relative all'attuazione del Piano Triennale per il Benessere Organizzativo.

Il regolamento è stato approvato in riferimento a tutte le tre aree contrattuali del personale dipendente in Azienda così come regolamentato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81. Tale modalità di svolgimento della attività lavorativa è andata, di fatto, ad implementare l'accesso a tutti i dipendenti al lavoro da remoto privilegiando la possibilità di un lavoro in smart Working .

Sulla base del primo Regolamento erano state attivate, nei primi mesi del 2020 le prime n. 6 postazioni di lavoro agile.

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

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

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

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

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

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

Con DM 08/10/2021 il Ministro per la Pubblica amministrazione, Renato Brunetta, ha disciplinato il rientro al lavoro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica amministrazione a partire dal 15 ottobre prevedendo che ogni amministrazione adotti le misure organizzative necessarie all'attuazione delle misure previste dal Dm entro i successivi 15

giorni, assicurando da subito la presenza in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di ricevimento degli utenti (front office) e dei settori preposti all'erogazione di servizi all'utenza (back office), anche attraverso la flessibilità degli orari di sportello e di ricevimento dell'utenza.

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

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

Con deliberazione n. 1050 del 23 dicembre 2021 l'Amministrazione ha provveduto ad approvare, nelle more della definizione a livello di contrattazione collettiva nazionale della regolamentazione di tale istituto, in aderenza alle Linee Guida definite tra la Funzione Pubblica e le organizzazioni sindacali in data 30 novembre 2021 il cui testo ha ricevuto parere positivo da parte della Conferenza Unificata in data 16/12/2021, il Piano di Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) mediante il quale sono stati aggiornati i regolamenti relativi allo Smart Working ed al Telelavoro.

Con l'approvazione dell'Ipotesi di CCNL per il personale del comparto area sanità viene ulteriormente regolamentato il lavoro agile nell'ambito delle Aziende Sanitarie e sarà pertanto necessario procedere, una volta terminato l'iter per la sua approvazione, a dare applicazione allo stesso anche nella nostra azienda.

Programma di sviluppo del lavoro agile

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

Per il personale titolare di incarico di funzione o di incarico di funzione e coordinamento nonché i dirigenti responsabili di unità operative gestionali potranno accedere al lavoro agile solamente garantendo la prevalenza della attività in presenza presso la sede aziendale.

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

Risultano, inoltre, in fase di approvazione ulteriori 5 richieste.

Il monitoraggio e la valutazione finale dell'attività svolta in modalità di lavoro agile rientra nei parametri della valutazione della performance aziendale.

Modalità attuative

Il POLA approvato con deliberazione 1050/2021 comprende le seguenti modalità di resa della prestazione lavorativa:

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

e si applica nelle more della definizione da parte della contrattazione nazionale, delle linee guida per l'applicazione del lavoro agile nella Pubblica Amministrazione. Tiene conto, tuttavia, dei requisiti minimi previsti dal DM 08/10/2021 che, in ogni caso, devono essere applicati, fino a definizione di nuovi.

Revisione del regolamento sul lavoro agile e telelavoro

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

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

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

Formazione

La formazione svolge un ruolo fondamentale nella corretta realizzazione del progetto di lavoro agile e di telelavoro e per cogliere le fondamentali differenze dell'uno rispetto all'altro. Il Pola prevede quindi la programmazione di eventi formativi sia per i Dirigenti che dovranno gestire con modalità innovative rispetto a quanto avvenuto durante la pandemia i collaboratori impegnati in attività lavorative agili sia imparare a quantificare e programmare le attività per legarle a precisi obiettivi e sistemi di misurazione. La formazione dovrà essere estesa anche ai dipendenti interessati per addestrarli all'utilizzo delle piattaforme di comunicazione, nonché per diffondere moduli organizzativi che rafforzino il lavoro in autonomia, la delega decisionale, la collaborazione e la condivisione delle informazioni. La formazione dovrà inoltre riguardare gli specifici profili relativi alla salute e sicurezza per lo svolgimento delle prestazioni lavorative al di fuori dell'ambiente di lavoro. La formazione dovrà riguardare anche gli addetti ai sistemi informativi al fine di potenziare le capacità relative alla creazione di nuovi strumenti per rendere maggiormente efficiente la modalità di lavoro agile e di telelavoro.

Soggetti Aziendali coinvolti

L'attuazione del Pola in Azienda comporterà necessariamente il coinvolgimento di numerosi soggetti, in primis le organizzazioni sindacali ma anche il C.U.G., l'O.I.V., l'Organismo Paritetico per l'Innovazione presente per la Dirigenza area Sanità.

Si inseriscono, di seguito, alcuni grafici che illustrano l'andamento dell'utilizzo del lavoro agile

- nel periodo gennaio-ottobre 2021. (fase emergenziale)
- nel periodo 01 gennaio-31 maggio 2022. (periodo che ricomprende l'utilizzo dello smart working nella fase finale dell'emergenza dei lavoratori fragili nonché le prime 18 autorizzazioni per i lavoratori interessati)

Grafico 6 Suddivisione per genere degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021

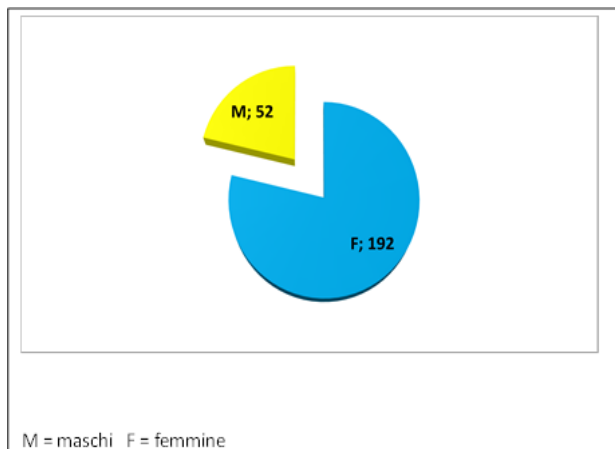


Grafico 7 Suddivisione per genere delle giornate di smart working usufruite gennaio-ottobre 2021

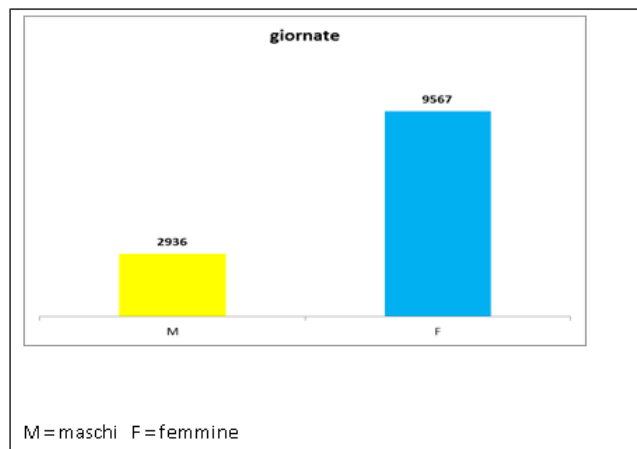


Grafico 8 Suddivisione per Dirigenza/Comparto degli accordi di smart working gennaio-ottobre 2021

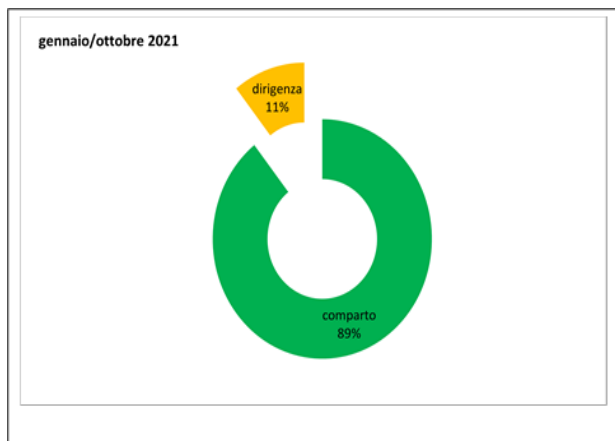


Grafico 9 Suddivisione per genere degli accordi di smart working

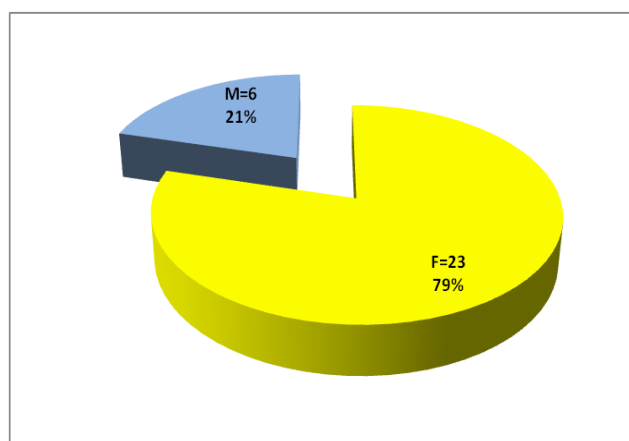


Grafico 10 Suddivisione per genere delle giornate di smart working usufruite

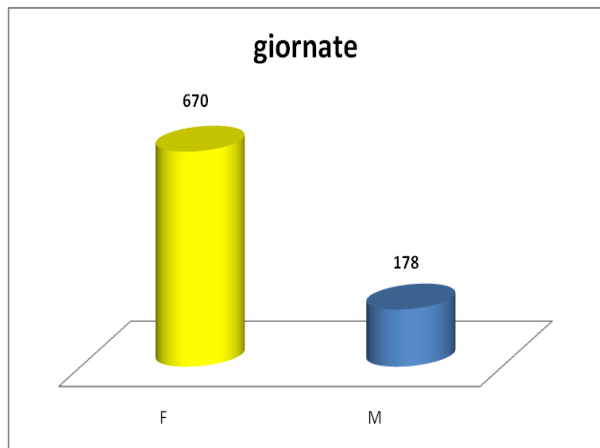
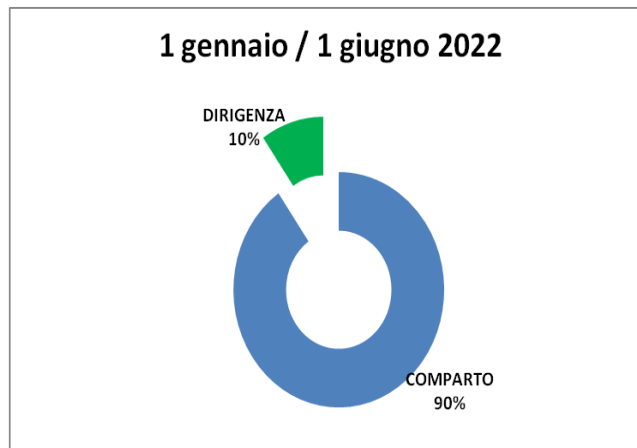


Grafico 11 Suddivisione per Dirigenza/Comparto degli accordi di smart working



Sono privilegiati i dipendenti che versano in particolari e comprovate situazioni di disagio personale o familiare.

Per tutte le modalità attuative si rimanda ai regolamenti di cui alla deliberazione 1050 del 23/12/2021 e consultabili sul link : https://trasparenza.aulss9.veneto.it/nqcontent.cfm?a_id=13492

SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

PERSONALE - CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA - CONTRATTI INTEGRATIVI

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale del fabbisogno di personale, relativo al periodo 2022-2024, dell'Azienda ULSS 9 Scaligera di Verona è stato redatto viene determinato tenendo conto di quanto segue:

- analisi complessiva dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, facendo riferimento agli indicatori standard in relazione alle attività da svolgere definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016, tra cui quelli definiti:
 - con deliberazione n. 2178 del 24/12/2012 con riferimento agli Ospedali di Comunità e alle Unità Riabilitative Territoriali,
 - con deliberazione n. 610 del 29/04/2014 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto nelle aree di degenza ospedaliera,
 - con deliberazione n. 245 del 07/03/2017 con riferimento all'organizzazione del personale dirigente medico in area ospedaliera e alla definizione di valori minimi per il personale del pronto soccorso,
 - con deliberazione n. 1833 del 14/11/2017 con riferimento ai valori minimi di riferimento per il personale delle medicine generali e delle chirurgie generali, è compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, con particolare riferimento al rispetto del tetto di spesa indicato dalla Regione del Veneto nei prospetti allegati alla nota prot. 536511 del 16/11/2021;
- Impatto delle recenti riforme in ambito sanitario regionale di cui alla L.R. 19/2016, considerando anche il trasferimento di alcune attività ad Azienda Zero, nonché l'accorpamento di funzioni e servizi territoriali;
- Impatto della recente pandemia da COVID-19 che ha imposto la riorganizzazione della rete territoriale e ospedaliera come da piani emergenziali regionali approvati con DGRV 552 del 05/05/2020 e DGRV 782 del 16/06/2020 nonché deliberazione del Direttore Generale n. 446 del 29/05/2020 di approvazione del piano aziendale di risposta ospedaliera in caso di emergenza epidemica.

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

ANNO 2021 EURO 292.752.970,81

ANNO 2022, 2023 E 2024 EURO 292.752.970,81

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

- esigenze delle singole unità operative
- esigenze legate a fronteggiare l'emergenza COVID 19
- esigenze relative all'attuazione del PNRR e alla realizzazione del nuovo plesso ospedaliero di Legnago;
- articolazione per profilo professionale
- modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale
- assunzioni obbligatorie
- tempi e modi di reclutamento del personale
- andamento del turn over
- monitoraggio degli istituti di assenza
- modalità di finanziamento dei relativi costi
- tempi di attuazione
- impatto delle esternalizzazioni attuate nel 2021 o programmate per il triennio
- impatto delle internalizzazioni di servizi sanitari da attuarsi nel 2022 e anni successivi

Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Dipendenti

Il PTFP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli anni 2022-2023-2024 è stato redatto tenendo conto della programmazione regionale del triennio, aggiornato per quanto riguarda la programmazione ospedaliera dalla DGRV n. 614/2019 e delle sue attuazioni disposte con adeguamento dell'Atto Aziendale da ultimo modificato con la Deliberazione del Direttore Generale n. 1127/2020.

Si è tenuto conto inoltre conto della deliberazione del Direttore Generale n. 446/2020 ad oggetto: "Approvazione del piano di risposta ospedaliera in caso emergenza epidemica Azienda Ulss 9 Scaligera" nonché quanto indicato nelle DGRV 552 e 782/2020 che ha comportato un notevole incremento del personale sanitario necessario a fronteggiare a regime gli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID 19 sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale. L'incremento del fabbisogno di personale, soprattutto infermieristico, si è concretizzato solo parzialmente in assunzioni nel corso del 2021 stante la carenza di graduatorie. Si prevede di soddisfare le necessità già nel corso del 2022.

Nel piano 2022-2024 si è privilegiato il ricorso ad assunzioni di personale dipendente, ricorrendo anche a scelte di gestione con modalità diverse dalla esternalizzazione con la quale alcune strutture erano state attivate (ad esempio comunità terapeutiche). Purtroppo questa scelta non è sempre attivabile a causa della difficoltà di reclutamento di alcune figure professionali. Le attività di pronto soccorso degli Ospedali di Bussolengo e Villafranca e le attività anestesilogiche dei tre plessi, ad esempio, sono garantite anche attraverso il ricorso alla libera professione nelle more dell'acquisizione di personale dipendente.

Per quanto riguarda l'attivazione delle strutture intermedie è stata prevista la gestione delle stesse a mezzo personale dipendente con le tempistiche sotto riportate:

- Ospedale di Comunità di Malcesine: primo semestre 2022;
- Hospice di Marzana: inizio 2022;
- Ospedale di Comunità di Caprino: primo semestre 2022;
- Hospice di Bovolone: primo semestre 2022 compatibilmente con l'andamento dell'emergenza pandemica;
- Ospedale di Comunità di Bussolengo inizio 2022;
- URT di Bussolengo: Se ne prevede l'attivazione nel secondo semestre 2022;
- URT e Ospedale di Comunità di Marzana attivazione nel 2024;
- Ospedale di Comunità di Isola della Scala prevista l'attivazione nel 2024;
- Ospedale di Comunità di Nogara prevista l'attivazione nel 2024.

Alla luce delle autorizzazioni extra turn over valorizzate e delle re-internalizzazioni previste (o cambio modalità di gestione di nuovi servizi e attività) il costo del personale anno 2022 potrebbe di fatto superare il tetto fissato dalla Regione ma, tenuto conto che le assunzioni procederanno gradualmente durante l'anno e che per diverse figure professionali sono note le difficoltà di reclutamento, si è comunque rimasti nel limite indicato. Per il 2023 e successivi, a regime delle assunzioni previste e con la previsione di riuscire ad acquisire il personale autorizzato, il piano risulta di fatto superare il limite di spesa indicato. Si precisa, tuttavia, che anche per tali annualità le autorizzazioni concesse che non riescono ad essere coperte con assunzioni a tempo indeterminato, nelle more del reclutamento di personale saranno sostituite con l'attivazione di contratti libero professionali o assunzioni a tempo determinato. Nel piano il personale per il quale è cronica la difficoltà di reclutamento è stato previsto fra il personale dipendente ma probabilmente, nel corso dell'anno cambierà la natura del costo che diventerà per incarichi libero professionali.

Piano Triennale Fabbisogno Di Personale Sezione Non Dipendenti

Per quanto riguarda gli incarichi ex art. 7 comma 6 D.Lgs. 165/2001 la previsione si basa sulle autorizzazioni già concesse e può comprendere anche la valorizzazione del protrarsi di contratti iniziati nel 2021 fino ai primi mesi del 2022.

Gli incarichi della dirigenza veterinaria riguardano invece prestazioni legate alle attività del D.Lgs. 194/2008, ai piani di risanamento e altri interventi oggetto di specifico finanziamento.

Sono previsti inoltre tutti gli incarichi in corso e che si protrarranno fino al termine della fase emergenziale e riguardanti medici, infermieri e altro personale sanitario al quale si è ricorsi per integrare il personale in servizio al fine di fronteggiare le necessità derivanti dall'epidemia da COVID 19. Per tale personale il costo è stato previsto fino al 31/01/2022 termine ad oggi di cessazione del periodo emergenziale. E' stato previsto anche il costo legato al personale reclutato dalla Protezione Civile per attività di contact tracing e attività assistenziale.

Per quanto riguarda la somministrazione nel 2021 riguardava personale amministrativo coinvolto nella gestione dei processi di contact tracing e personale ostetrico mentre per il 2022 è presente solo il personale ostetrico.

Le previsioni relative ai SAI sfiorano leggermente il tetto assegnato e sono relative ad autorizzazioni già richieste alla CRITE.

Le Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000 sono relative a convenzioni con l'Azienda Ospedaliera Integrata di Verona e sono finalizzate all'erogazione di prestazioni istituzionalmente dovute e giustificata dall'assenza/insufficienza di dirigenti medici in servizio in possesso dell'esperienza professionale specialistica necessaria per garantire in maniera appropriata particolari tipologie di prestazioni e riguardano prestazioni di ematologia, cardiocirurgia, cardiologia pediatrica, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, chirurgia plastica, esperto radioprotezione e qualificato, pneumologia, pediatria e trasfusionale.

Nel PTFP sono state previste sostanzialmente le esternalizzazioni che hanno avuto inizio a decorrere dal 2018 e che in alcuni casi hanno riguardato servizi di nuova istituzione, la riorganizzazione di servizi esistenti o attività provvisoriamente assegnate in attesa di procedere con assunzione di personale dipendente alle quali sono state aggiunte le nuove esternalizzazioni che si prevede si verificheranno nel 2022 e anni successivi.

Le esternalizzazioni indicate sono relative pertanto a:

- Completamento esternalizzazione CUP e call center telefonico dell'Ospedale di Villafranca e del distretto 4 e attività varie;
- Esternalizzazione attività di accettazione presso distretti 1, 2 e 3;
- Attività amministrativa di gestione degli stipendi dei SAI
- Servizio di trasporto sanitario soccorso ed emergenza;
- Attività di portierato in attesa di reclutare il personale dipendente;
- esternalizzazione temporanea, in attesa delle assunzioni, del servizio di guardia anestesiologicala e di pronto soccorso.

Re Internalizzazioni

Nell'ambito della riorganizzazione della modalità di gestione delle attività e servizi aziendali si prevede nel triennio la re-internalizzazione delle seguenti attività:

- Re internalizzazione dell'attività di OSS operanti nell'UOC Medicina Fisica e Riabilitativa di Bovolone con stima realizzazione nel 2024;
- Re-internalizzazione a decorrere dal 2022 dell'attività infermieristica presso CERRIS e presso le due RSA disabili di Marzana per la quale era stata disposta una esternalizzazione nel corso del 2021 giustificata da una criticità della gestione affidata all'esterno.
- Re-internalizzazione della gestione della Comunità Terapeutica Diurna "L'Argine" per tossicodipendenti attualmente in gestione a cooperativa. Il personale interessato è formato da Dirigenti Psicologi, Educatori e Assistenti Sociali.

Piano Formativo Annuale Anno 2022

PREMESSA

La formazione e l'aggiornamento del personale costituiscono la leva strategica fondamentale per lo sviluppo professionale dei dipendenti, per la realizzazione degli obiettivi programmati e per una migliore tutela della salute dei cittadini attraverso servizi più qualificati.

La formazione oltre ad essere considerata come processo di acquisizione, sviluppo di abilità e competenze, è anche trasmissione di valori di riferimento e norme comportamentali.

Una nuova impostazione della formazione diventa strumento capace di produrre cambiamenti non solo nell'operatore che si forma, ma anche nell'organizzazione che lo vede protagonista e depositario delle abilità tecniche, di competenze organizzative e relazionali.

LINEE DI INDIRIZZO

La formazione è uno strumento di supporto agli obiettivi prefissati dalla programmazione aziendale, che deve concretizzarsi in percorsi di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza puntando maggiormente alla qualità e all'appropriatezza della formazione erogata.

I percorsi formativi dovranno, nel rispetto dell'obbligo individuale previsto dalla normativa ECM, garantire capacità professionali e competenze corrispondenti ai bisogni dei pazienti e alle responsabilità di ruolo proprie di ogni singolo operatore .

L'efficacia della formazione va misurata attraverso strumenti di valutazione che andranno a verificare il reale impatto sull'organizzazione aziendale e il grado di soddisfazione da parte del personale. Il piano formativo deve tenere in giusta considerazione anche la compatibilità del tempo dedicato alla formazione, sia a livello di unità operativa che di singolo operatore, in modo da garantire un accesso equo a tutto il personale compatibile con l'organizzazione delle attività.

La programmazione della formazione del personale comporta il riconoscimento di diversi livelli di responsabilità ed una forte integrazione tra tutti i soggetti coinvolti.

PIANO DELLA FORMAZIONE REGIONALE

In riferimento al compito affidato alle Regioni dal D. Lgs n. 502/1992, con DGRV 1918 del 21 dicembre 2018, la Regione Veneto ha provveduto a definire per il quinquennio 2019-2023 i seguenti obiettivi regionali che dovranno trovare riscontro nei singoli PFA dei provider accreditati nella Regione del Veneto:

1. Appropriatezza delle prestazioni sanitarie in conformità ai LEA
2. Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio (riduzione dell'incidenza delle malattie croniche, delle malattie trasmissibili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, sicurezza alimentare, sanità animale e igiene degli allevamenti)
3. Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento istituzionale, ...)
4. Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, la responsabilità professionale, ecc.);
5. Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione
6. Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.)
7. Linee guida, protocolli e procedure basate su evidenze scientifiche
8. Cure palliative e terapia del dolore
9. Presa in carico della persona affetta da cronicità e multimorbilità
10. Malattie rare
11. Salute mentale (negli adulti e nei minori)
12. Dipendenze
13. Infanzia, adolescenza e famiglia

14. Marginalità e inclusione sociale
15. Integrazione socio-sanitaria (approccio globale alla long term care)
16. Malattia di Alzheimer, altri tipi di declino cognitivo e demenze
17. Appropriately prescrivere dei farmaci
18. Salute della donna e del bambino (salute riproduttiva, periodo pre, peri e post natale, salute dell'infanzia e dell'adolescenza)
19. Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete;
20. Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008)
21. Valorizzazione del personale
22. Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario
23. Tematiche di interesse regionale a carattere urgente e/o straordinario individuate da apposito provvedimento regionale

Inoltre con nota Prot. n. 25337 del 23/09/2021, il Direttore Generale dell'Azienda Zero ha declinato le tematiche di interesse regionale e nazionale da inserire nel fabbisogno formativo aziendale:

- Outcome clinico-assistenziali;
- Modelli organizzativi
- Modelli organizzativo/assistenziali
- Age/diversity management
- Sicurezza dei lavoratori nell'ambiente di lavoro
- Benessere organizzativo e qualità dei lavoratori
- La fertilità
- I vaccini e strategie vaccinali
- La responsabilità professionale
- La gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario
- L'antimicrobico-resistenza
- La medicina di genere
- Covid 19

OBIETTIVI DEL PIANO DELLA FORMAZIONE

Il Piano annuale della Formazione rappresenta lo strumento fondamentale di programmazione dell'aggiornamento e sviluppo delle professionalità presenti in Azienda. E' quindi l'indispensabile supporto per il miglioramento delle competenze tecnico-professionali e relazionali del personale nonché dei processi organizzativi aziendali.

Una corretta programmazione si vincola a:

- Obiettivi nazionali e regionali
- obiettivi aziendali
- risorse economiche disponibili
- obblighi contrattuali.

Per quanto riguarda la pianificazione formativa delle figure sanitarie soggette all'acquisizione di crediti ECM, le indicazioni nazionali e regionali rappresentano lo strumento da utilizzare per orientare i programmi di formazione continua al fine di definire le adeguate priorità nell'interesse del SSN e più in generale della tutela della salute degli individui e della collettività.

I DOCENTI E LE RISORSE INTERNE ED ESTERNE DISPONIBILI E/O "ATTIVABILI" AI FINI DELLE STRATEGIE FORMATIVE

Per le attività di docenza e di conduzione dei corsi, l'Azienda si avvale prioritariamente del proprio personale in possesso di specifiche conoscenze e competenze didattiche, ovvero di formatori esterni.

Il docente viene proposto dal Responsabile Scientifico di concerto con il Direttore di Dipartimento/UOC/Servizio interessato. I docenti vengono scelti in base alla competenza e all'esperienza nella materia prevista e ai contenuti dell'iniziativa formativa, evidenziati nel loro curriculum formativo.

LA RILEVAZIONE DEI FABBISOGNI FORMATIVI

Il Piano della Formazione è il documento annuale di programmazione delle attività formative. Nasce dalle proposte formulate dalla Direzione Strategica e dai Direttori di Unità Operativa/Servizi, in coerenza con gli obiettivi nazionali, regionali ed in particolar modo con quelli aziendali, tenendo conto delle caratteristiche quali-quantitative del personale e di un'attenta analisi dei fabbisogni formativi.

Con nota prot. n. 168942 del 28/09/2021 sono stati definiti gli ambiti di intervento per la presentazione delle proposte da parte delle strutture aziendali per l'anno 2021 e precisamente:

- Sicurezza dei lavoratori/pazienti
- Risk Management
- Benessere Organizzativo
- Modelli organizzativi/assistenziali
- Emergenza Covid-19
- Urgenza/Emergenza
- Privacy
- Trasparenza e Anticorruzione

Ogni **Provider** ha la responsabilità della realizzazione di almeno il 50% della formazione pianificata, senza distinzione tra eventi soggetti ad accreditamento ECM e non. Conseguentemente, nella fase di definizione del fabbisogno formativo è stata data indicazione ai Responsabili di U.O. di proporre un numero contenuto di eventi allo scopo di evitare un inutile sovradimensionamento del piano.

CRITERI GENERALI PER L'APPROVAZIONE DELLE PROPOSTE FORMATIVE

Il Comitato Scientifico per la Formazione riunitosi, in data 22 novembre 2021 e 10 dicembre 2021, come da verbali agli atti, ha valutato e autorizzato le proposte formative pervenute dalle Unità Operative/Servizi tenendo conto anche delle indicazioni del direttore generale di cui alla nota prot. 168942 del 28/09/2021.

Il piano formativo essendo uno strumento flessibile e suscettibile di modifiche ed integrazione sarà possibile, nel corso dell'anno, prendere in considerazione nuove proposte formative anche a seguito di eventuale aggiornamento degli obiettivi aziendali, dell'entrata in vigore di nuove disposizioni/normative e della necessità di acquisire comunque nuove conoscenze e competenze richieste dalle unità operative.

MODALITA' E STRUMENTI DI VERIFICA E DI VALUTAZIONE

La complessità della definizione dei bisogni formativi e delle loro priorità va di pari passo con la necessità di valutare i miglioramenti operativi conseguenti alle iniziative di formazione svolte.

Per tutti i corsi è prevista la valutazione dell'efficacia formativa che sarà effettuata mediante la "valutazione dell'apprendimento" ovvero delle conoscenze e capacità apprese.

In particolare per la formazione sul campo la valutazione dell'apprendimento avviene mediante la misurazione di specifici indicatori riguardanti conoscenze, capacità e atteggiamenti acquisiti durante le attività formative nello specifico contesto lavorativo.

Gli esiti delle verifiche e delle valutazioni saranno assunti come elementi oggettivi per migliorare la programmazione singola e complessiva. Rientra infatti tra i compiti dei Dirigenti valutare il "cambiamento" prodotto dalla formazione: in

termini di crescita professionale individuale, impatto organizzativo e miglioramento della qualità. Questa valutazione viene affidata ai Direttori di Dipartimento, Direttori di U.O.C./ Servizi con relazione annuale.

Modalità di Comunicazione Interna Ed Esterna

Il Piano Generale della Formazione è consultabile sul sito web aziendale nella pagina web della formazione.

Successivamente, ogni evento programmato/organizzato sarà pubblicato sul web dove si potranno reperire informazioni dettagliate relative ad ogni corso e procedere con le iscrizioni on-line.

In questo ambito i Referenti per la formazione e le figure di coordinamento delle varie Unità Operative rappresentano punti di riferimento importanti per un efficace passaggio delle informazioni.

Come previsto dall'art. 7 del contratto collettivo integrativo area medica e veterinaria e dall'art. 13 del contratto collettivo integrativo aziendale del comparto, il piano annuale della formazione sarà comunicato alle rispettive OO.SS..

GESTIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE

La gestione del Piano è assegnata all'UOS Formazione e si declina nelle seguenti attività:

- definire i programmi formativi, sulla base delle proposte incluse nel presente Piano annuale, di concerto con i proponenti;
- gestire i contratti o le lettere di incarico relative ai corsi di formazione ;
- curare l'accreditamento dell'azione formativa ai fini ECM, quando previsto;
- informare i dipendenti sui corsi programmati e sulle modalità di accesso;
- registrare i partecipanti, verificarne la frequenza ed il profitto, e quindi provvedere all'emissione degli attestati;
- liquidare le spese sostenute e provvedere al riconoscimento orario dei partecipanti;
- mantenere una banca dati aggiornata di tutte le iniziative realizzate;
- monitorare la spesa mediante la predisposizione di report.

LE AZIONI FORMATIVE DEL PIANO 2022

Le iniziative formative sono riassunte **nell'allegato B** del Piano di formazione aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1002 del 16/12/2021

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

Il monitoraggio delle azioni avverrà con gli strumenti e le modalità previsti in ciascuna sezione.

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

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

F.to Il Direttore Generale

Dott. Pietro Girardi