

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2022-2024



Sommario

1	PREMESSA.....	2
2	SEZIONE – PRESENTAZIONE DELL’ AZIENDA.....	3
2.1	GENERALITA’ SULL’ORGANIZZAZIONE DELL’AZIENDA, SUL TERRITORIO SERVITO E SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA.....	3
2.2	L’ORGANIZZAZIONE GENERALE DEI SERVIZI.....	7
2.3	L’ATTIVITA’.....	12
3	SEZIONE PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	18
3.1	PERFORMANCE.....	18
3.1.1	Ciclo di gestione della performance.....	18
3.1.2	Metodologia Aziendale applicata.....	20
3.1.3	Timing del Processo.....	26
3.1.4	Le linee programmatiche e gli obiettivi.....	27
3.2	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	41
3.2.1	Fasi di Elaborazione del Piano.....	41
3.2.2	Mappatura dei processi.....	41
3.2.3	Il monitoraggio del PTPC e delle misure adottate.....	41
3.2.4	Soggetti della Prevenzione della Corruzione: compiti e responsabilità.....	41
3.2.5	Misure di riduzione del rischio.....	48
3.2.6	Astensione in caso di conflitto di interessi.....	51
3.2.7	Obblighi di informazione nei confronti del RPCT.....	52
3.2.8	Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza.....	53
3.2.9	Aree di rischio indicate dal PNA.....	54
3.2.10	Conferimento incarichi.....	55
3.2.11	Trasparenza e l'Integrità.....	58
4	SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	61
4.1	PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE.....	61
4.1.1	Evoluzione Normativa: Smart Working Emergenziale.....	61
4.1.2	Passaggio Da Smart Working Emergenziale A Ordinario.....	62
4.1.3	Procedimento Di Attuazione.....	63
4.1.4	Requisiti Tecnologici.....	65
4.1.5	Obiettivi Del Lavoro Agile.....	65
4.1.6	Doveri Del Lavoratore In Modalita’ Agile.....	65
4.1.7	Prospettiva Di Applicazione Del Lavoro Agile.....	66
4.2	PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE.....	66

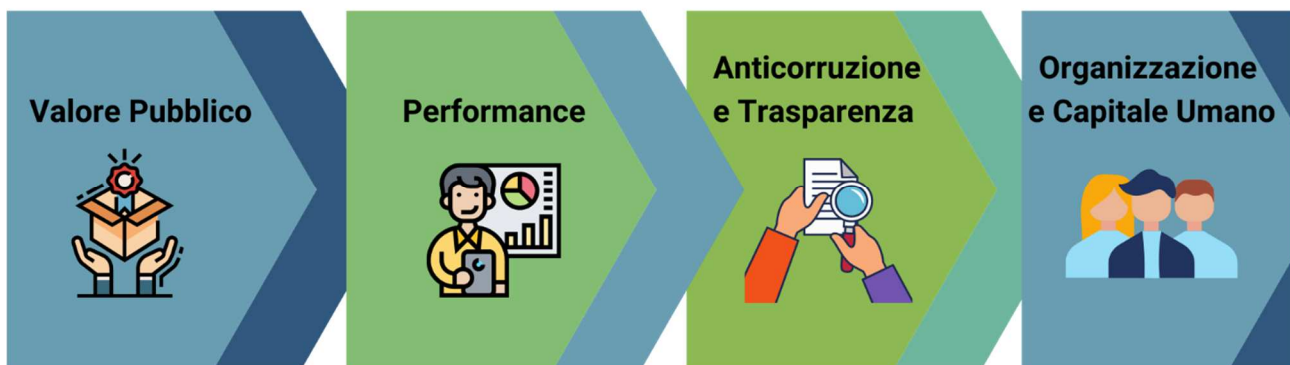


1 PREMESSA

Il Decreto Legge 80/2021, convertito in Legge 113/2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", all'articolo 6 prevede che "per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)". Il Piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente.

Con Decreto-legge n. 36 del 30/04/2022 ad oggetto "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del PNRR" è stato disposto che in sede di prima applicazione il Piano venga adottato entro il 30 giugno 2022.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni, inserendo in un unico documento la performance, i rischi corruttivi e la trasparenza, l'organizzazione del lavoro, compreso quello agile, la formazione del personale ed il fabbisogno del personale.



Il PIAO raccoglie quindi le informazioni contenute nei seguenti documenti di programmazione: Piano della performance, Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, Piano organizzativo del lavoro agile, Piano dei fabbisogni del personale e vuole rappresentare, un documento unico di programmazione al fine di semplificare il processo di pianificazione delle Aziende.

L'Azienda Ulss 3 ha già provveduto all'adozione del Piano della performance 2022-2024 con delibera del Direttore Generale n. 131 del 31 gennaio 2022 e del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2022-2024 con delibera del Direttore Generale n 727 del 28 aprile 2022 nel rispetto delle rispettive scadenze di settore.

L'attuale Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 oltre a riprendere i contenuti dei suddetti provvedimenti, li integra con le azioni relative alla gestione delle Risorse Umane e del Piano operativo del lavoro agile.

Dal prossimo esercizio, come richiamato, i contenuti confluiranno nel PIAO che dovrà essere redatto entro il 31 gennaio, fatto salvo eventuali nuove diverse disposizioni normative.

2 SEZIONE – PRESENTAZIONE DELL’ AZIENDA

In questa sezione si riportano alcune generalità sull’organizzazione dell’Azienda Ulss 3 Serenissima, sul territorio servito e sulla popolazione assistita. Inoltre, si danno alcuni elementi sulla struttura e sull’organizzazione generale dei servizi, sull’attività dell’Azienda e sulle risorse in essa impiegate e relativa efficienza ed economicità

2.1 GENERALITA’ SULL’ORGANIZZAZIONE DELL’AZIENDA, SUL TERRITORIO SERVITO E SULLA POPOLAZIONE ASSISTITA

Dal punto di vista dell’**organizzazione**, l’Azienda Ulss 3 Serenissima opera mediante macro-strutture tecnico-funzionali: l’Ospedale, i Servizi Territoriali ed il Dipartimento di Prevenzione. A queste si affiancano i servizi amministrativi, chiamati a svolgere funzioni di supporto all’attività di produzione ed erogazione dei servizi.

Il bacino di utenza dell’Azienda nel 2021 è coincidente con i Comuni di:

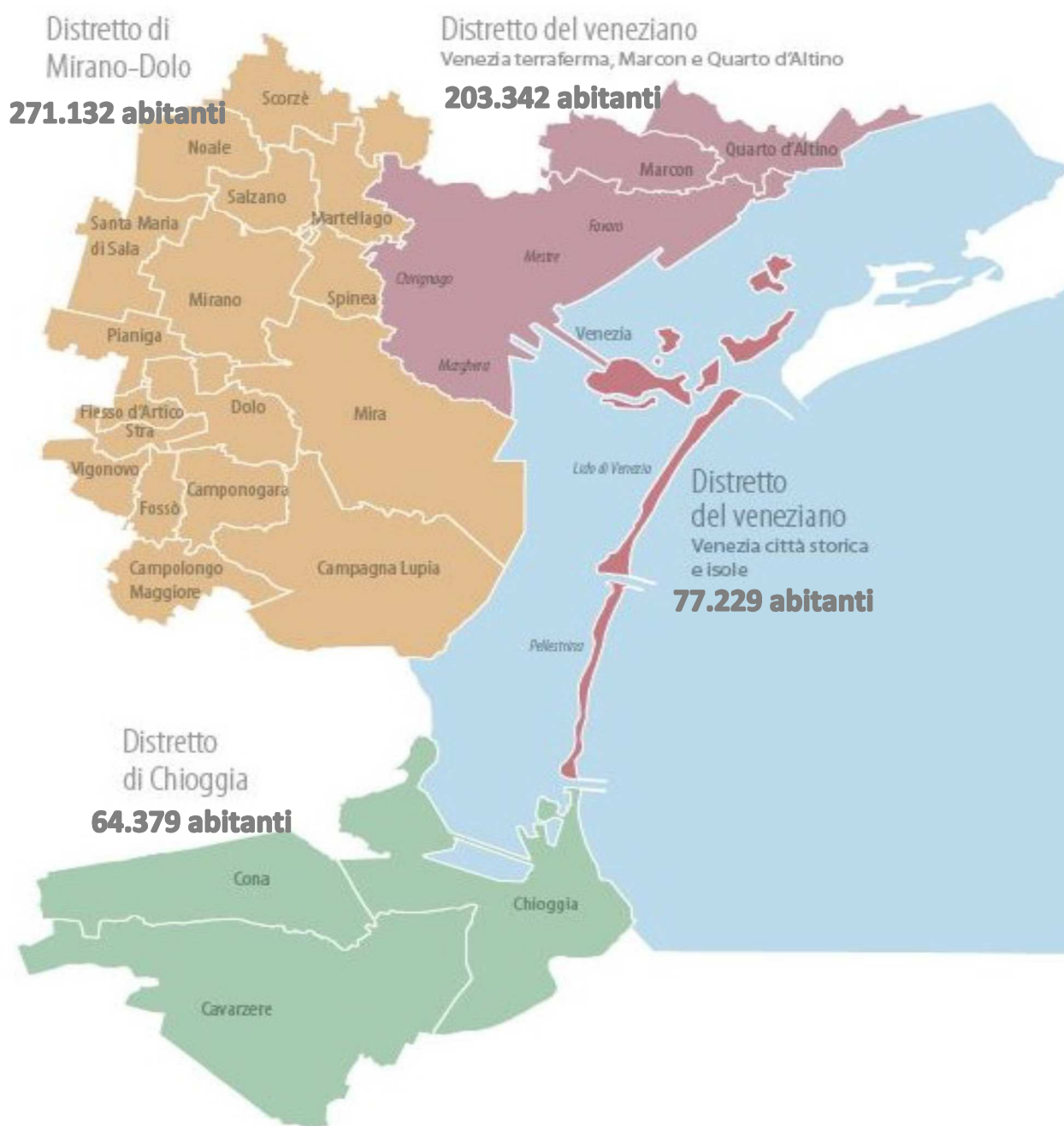
1. Campagna Lupia
2. Campolongo Maggiore
3. Camponogara
4. Cavarzere
5. Chioggia
6. Cona
7. Dolo
8. Fiesso d'Artico
9. Fossò
10. Marcon
11. Martellago
12. Mira
13. Mirano
14. Noale
15. Pianiga
16. Quarto d'Altino
17. Salzano
18. Santa Maria di Sala
19. Scorzè
20. Spinea
21. Stra
22. Venezia
23. Vigonovo

La **popolazione** complessiva al 31/12/2021 era pari a 616.082 abitanti (Fonte dati: Anagrafi Comunali) e la distribuzione della popolazione per fasce di età era la seguente:

Fascia d'età	Femmine	Maschi	Totale
0 - 14	37.076	34.861	71.937
15 - 64	193.246	192.539	385.785
65 +	68.775	89.585	158.360
Totale	299.097	316.985	616.082



Si propone qui di seguito una tabella che scompone il numero di residenti per distretto e per Comune di residenza.



(Fonte Anagrafi Comunali popolazione al 31.12.2020)

L'ambito di riferimento è caratterizzato da una percentuale di residenti con età superiore a 65 anni pari al 25,4%, contro una media regionale del 23,5%. Gli ultimi dati disponibili riferiti alle Aziende Ulss sono i seguenti:

Azienda ULSS	00 - 14	15 - 64	65 +	Totale	% over 65	ind Vecchiaia
Azienda Ulss N. 1 - Dolomiti	22.540	122.852	54.312	199.704	27,2%	2,4



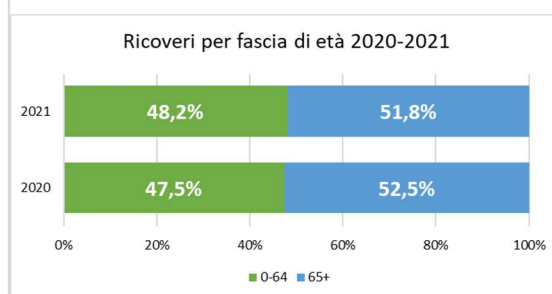
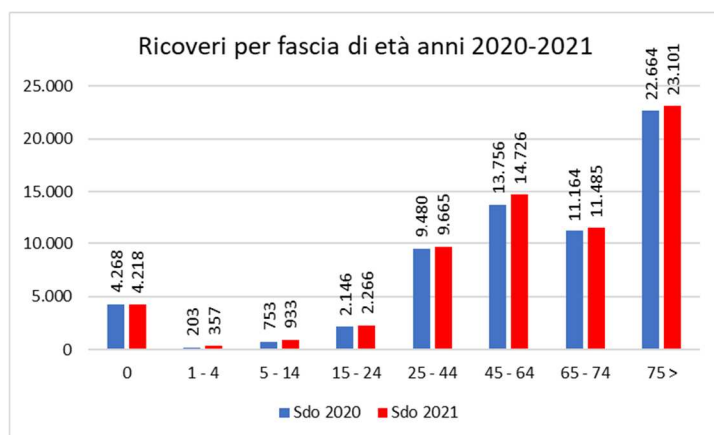
Azienda Ulss N. 2 - Marca Trevigiana	118.184	562.218	200.015	880.417	22,7%	1,7
Azienda Ulss N. 3 - Serenissima	73.561	386.772	156.774	617.107	25,4%	2,1
Azienda Ulss N. 4 - Veneto Orientale	27.644	143.965	54.829	226.438	24,2%	2,0
Azienda Ulss N. 5 - Polesana	24.999	145.640	62.540	233.179	26,8%	2,5
Azienda Ulss N. 6 - Euganea	118.425	596.751	215.037	930.213	23,1%	1,8
Azienda Ulss N. 7 - Pedemontana	47.739	231.773	82.698	362.210	22,8%	1,7
Azienda Ulss N. 8 - Berica	64.908	318.262	109.582	492.752	22,2%	1,7
Azienda Ulss N. 9 - Scaligera	125.318	595.534	206.958	927.810	22,3%	1,7
Totale Veneto	623.318	3.103.767	1.142.745	4.869.830	23,5%	1,8

Fonte ISTAT popolazione al 31.12.2020

Delle 9 ULSS Venete, la Serenissima è la terza per Indice di Vecchiaia¹ e per incidenza della popolazione Over 65 anni sul totale dei residenti.

Nel corso del 2021 oltre il 50% dell'attività di ricovero ospedaliero nelle strutture ospedaliere della ULSS 3 ha riguardato i pazienti con più di 65 anni:

Fascia età	ricoveri 2021	%
0	4.218	6,3%
1 - 4	357	0,5%
5 - 14	933	1,4%
15 - 24	2.266	3,4%
25 - 44	9.665	14,5%
45 - 64	14.726	22,1%
65 - 74	11.485	17,2%
75 >	23.101	34,6%
Totale	66.751	100,0%



L'aspetto più importante riguarda la pandemia da Covid-19 che ha fortemente influenzato lo svolgimento dell'attività sanitaria.

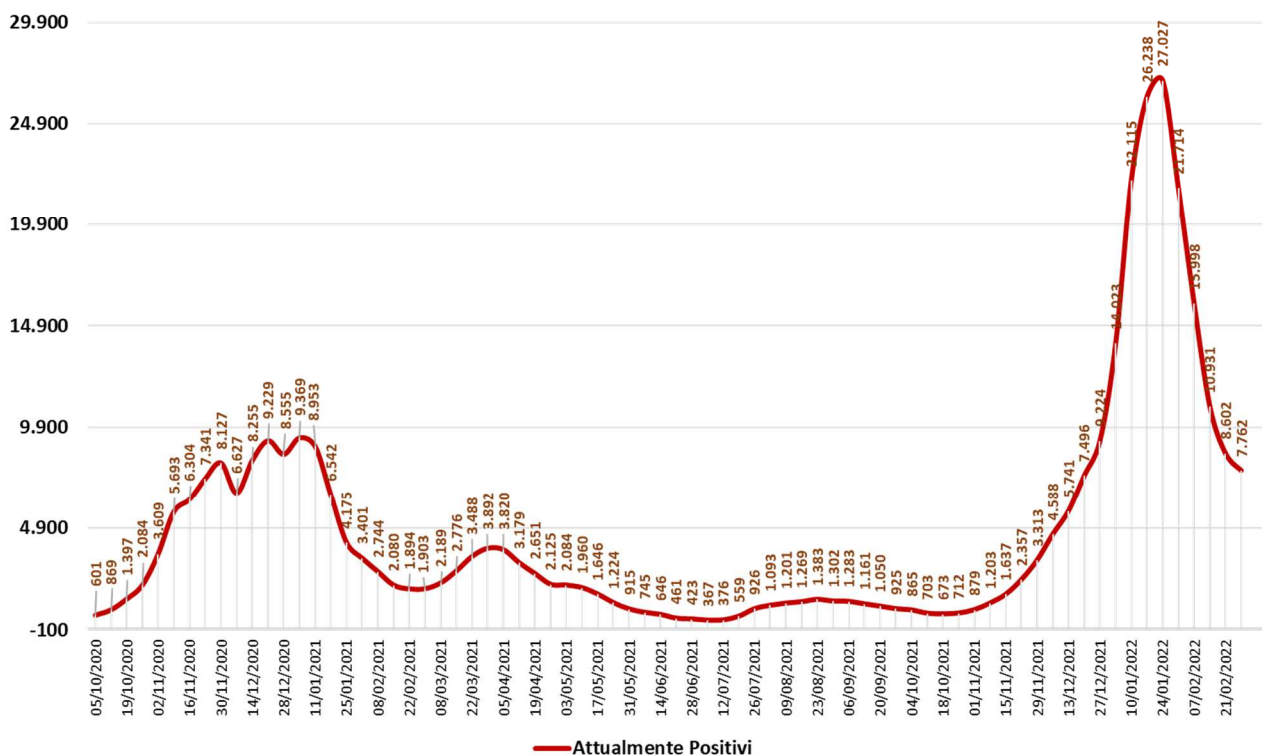
¹ **Indice di Vecchiaia** = $\frac{\text{Popolazione residente con età superiore ai 64 anni}}{\text{Popolazione residente con età inferiore ai 15 anni}}$



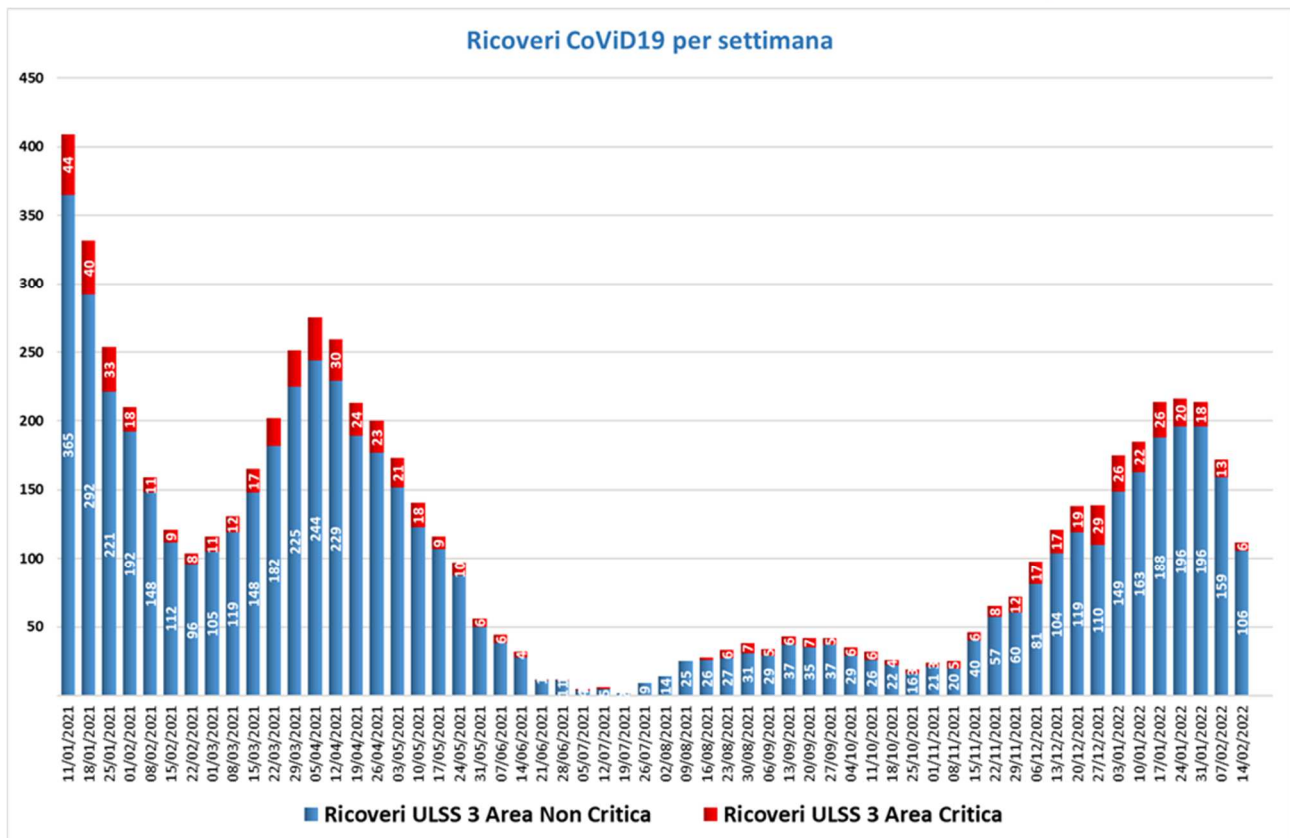
Nel corso del mese di ottobre del 2020 si è cominciato ad intravedere l’inizio di una nuova ripresa della diffusione dell’infezione, dapprima in maniera lieve, poi in maniera sempre più pronunciata. Questa seconda ondata si è prolungata fino al primo trimestre del 2021 ed è stata più grave della prima per volumi, durata e severità della malattia. Una terza ondata si è verificata nel mese di aprile 2021. Successivamente, è iniziata una graduale flessione fino ad ottobre, in cui il trend si è nuovamente invertito. Questa quarta ondata è stata caratterizzata da un numero di casi molto elevato ma da una minore gravità della malattia dovuta all’elevata copertura vaccinale della popolazione.

Il grafico seguente mostra l’andamento dell’epidemia, casi attualmente positivi di COVID distinti per settimana, nell’ULSS 3 Serenissima.

Andamento settimanale casi positivi



Il grafico fornisce l’andamento temporale dei ricoveri, durante le varie ondate dell’epidemia. Nell’anno 2021 i ricoveri per COVID nelle strutture dell’ULSS 3 Serenissima sono stati 3.138.



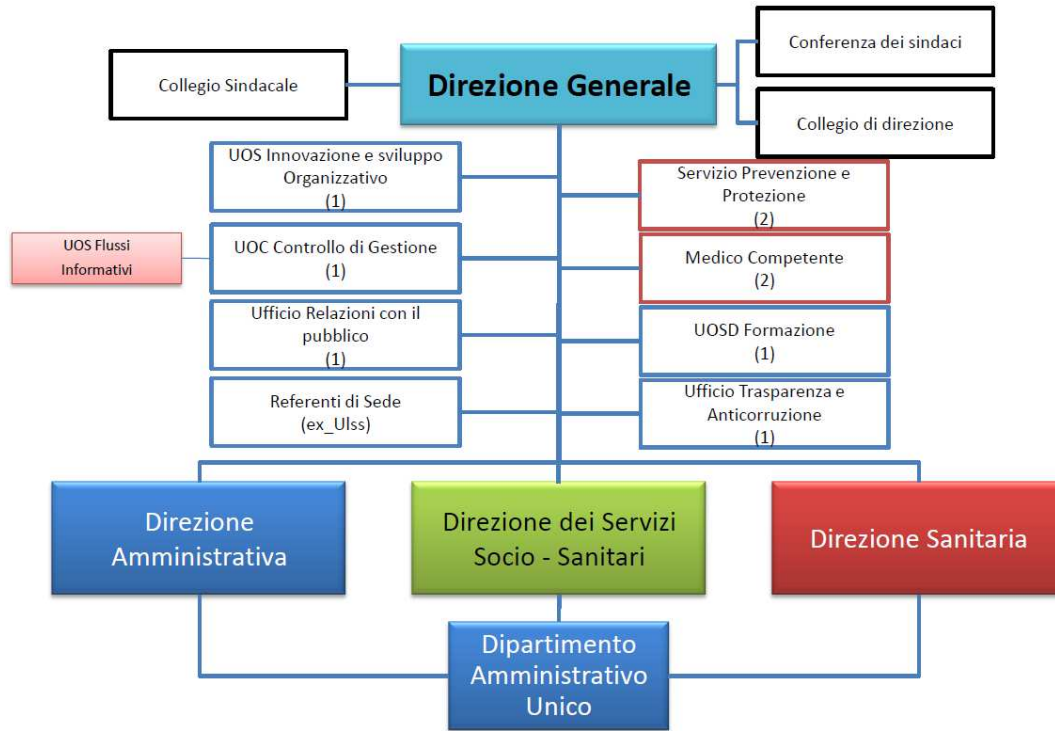
I Ricoveri per Covid anno 2021 sono stati 462 nelle strutture private e 2.676 nelle strutture pubbliche per un totale di 3.138 ricoveri (Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera).

2.2 L'ORGANIZZAZIONE GENERALE DEI SERVIZI

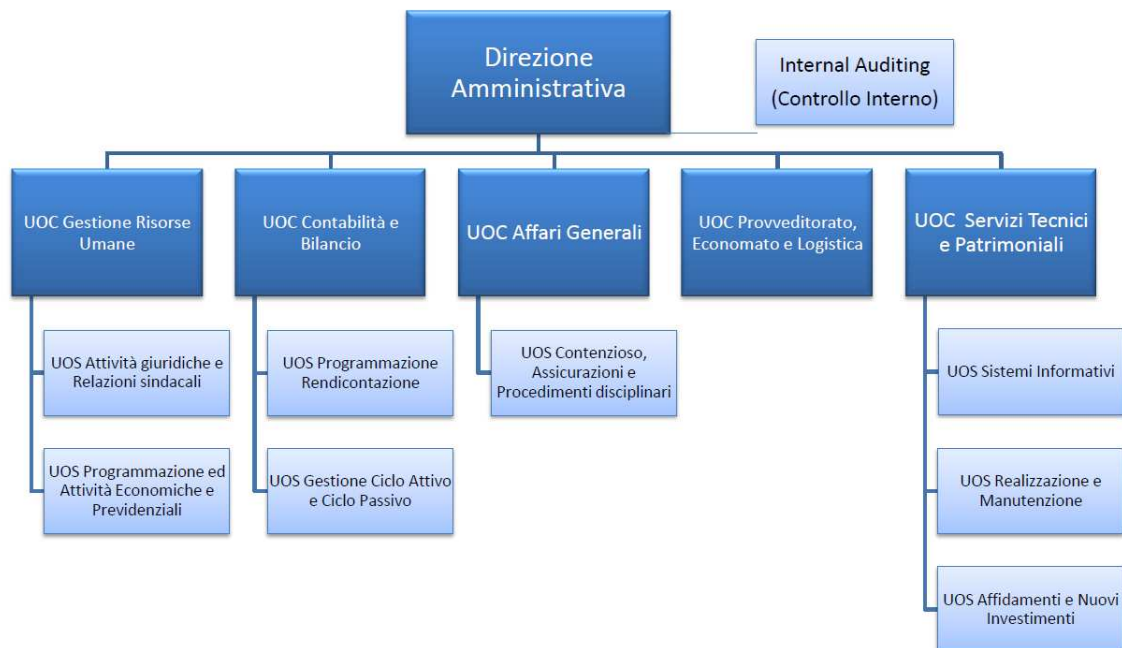
Con nota regionale n.290081 del 21 luglio 2020, è stato richiesto alle Aziende Ulss di aggiornare i rispettivi atti aziendali sia in conformità a quanto previsto dalla DGR n.1306 del 2017, sia alle indicazioni contenute nella deliberazione di giunta n. 614 del 14 maggio 2019 di definizione della rete ospedaliera della Regione.

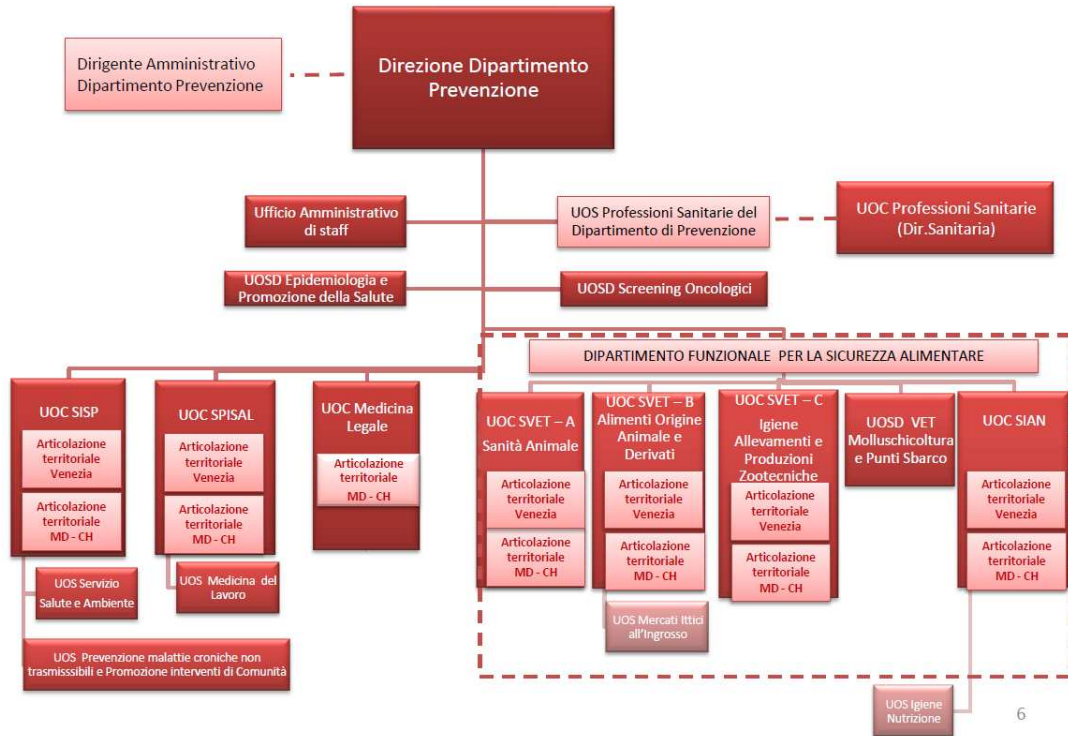
Con delibera aziendale n. 2188 del 21 dicembre 2020 è stato quindi modificato l'Atto Aziendale.

Gli organigrammi che vengono esposti nel prosieguo di questa relazione fanno riferimento alla nuova vigente articolazione aziendale.

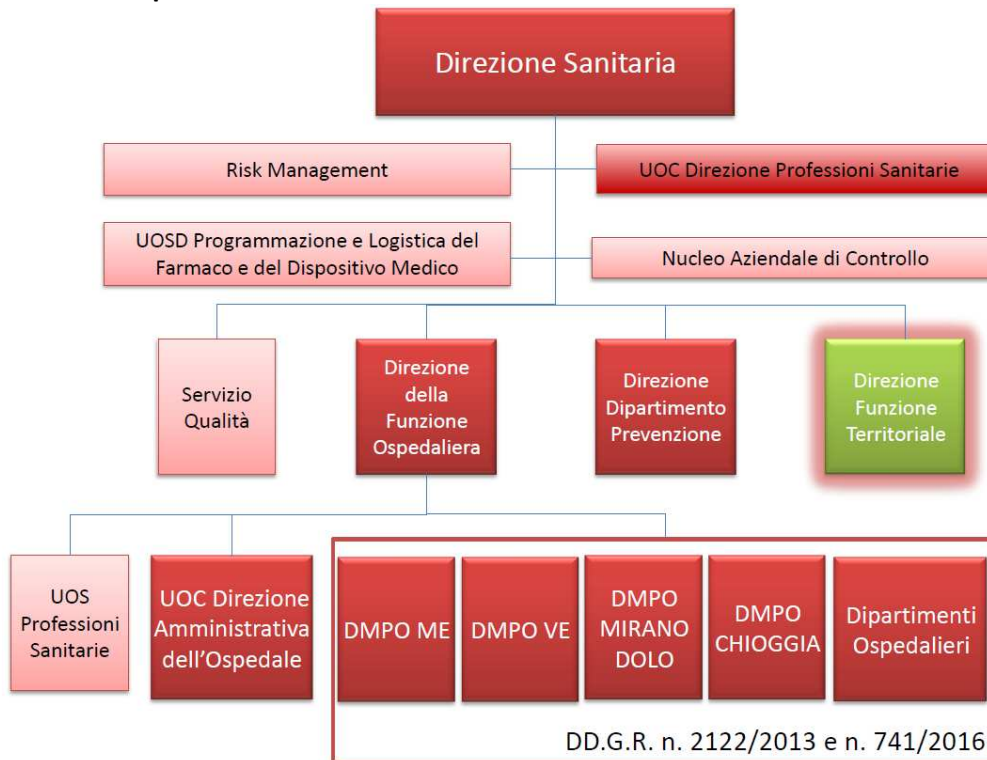


- (1) Con afferenza funzionale alla Direzione Amministrativa
- (2) Con afferenza funzionale alla Direzione Sanitaria





Assistenza Ospedaliera



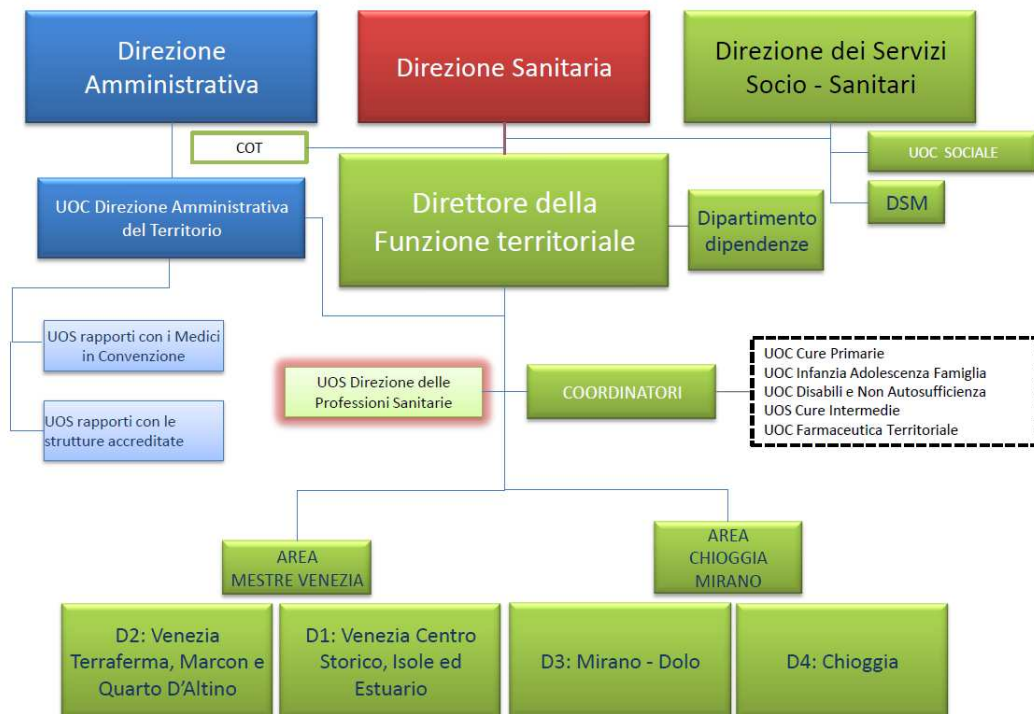


I posti letto effettivi negli ospedali sono ripartiti come riportato nelle seguenti tabelle:

Tipo istituto	Istituto	N. POSTI LETTO DGR 614/2019 (*)
Privato	O. Classif. "Villa Salus"	182
	C. C. "S. Marco" - Mestre	160
	O. Classif. "Fatebenefratelli"	81
	I.R.C.S.S. "San Camillo" - Lido	109
	Totale	532
Pubblico	Ospedale Dell'Angelo	597
	O. C. Venezia	310
	O. C. Dolo	333
	O. C. Mirano	258
	O. C. Chioggia	183
	Totale	1.681
Totale		2.213

(*) Posti letto comprensivo di fuori regione;

Assistenza Territoriale



I distretti sono le strutture operative che garantiscono una risposta coordinata e continuativa alla domanda socio-sanitaria della popolazione; in queste strutture, si realizza l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, preposti a soddisfare in modo appropriato i bisogni dei cittadini. Essi si pongono come centri di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS e come sede di coordinamento organizzativo e funzionale dell'intera rete territoriale. L'Azienda s'impegna a promuovere un forte coordinamento tra le strutture Ospedaliere ed i Distretti Territoriali al fine di assicurare l'integrazione tra i diversi servizi. L'integrazione è volta



a favorire un'efficace attività di prevenzione, ad evitare ricoveri inappropriati ed assicurare una dimissione dei pazienti "protetta".

Complessivamente nel territorio aziendale operano 173 strutture extraospedaliere, pubbliche e private convenzionate, di cui 119 sono di tipo residenziale e 54 semiresidenziale, con una dotazione complessiva di 5.776 posti letto che garantiscono assistenza socio-sanitaria alle categorie socialmente più fragili come anziani, soggetti non autosufficienti, malati psichiatrici, ecc.

Nei prospetti seguenti vengono riportati i dati relativi al numero di strutture articolate per area di attività con i relativi posti letto.

STRUTTURE RESIDENZIALI								
AREA	Distretto Venezia Mestre		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Serenissima	
	n. strutture	n. posti letto (*)	n. strutture	n. posti letto (*)	n. strutture	n. posti letto (*)	n. strutture	n. posti letto (*)
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	17	2.159	11	1.314	3	244	31	3.717
ALTRI NON AUTO (ODC, SVP, HOSPICE,URT)	10	125	3	64	1	12	14	201
DISABILI	13	161	8	80	2	20	23	261
PSICHIATRICI	6	76	7	68	1	9	14	153
MINORI	21	173	5	41	1	6	27	220
DIPENDENZE	7	158	1	17	0	0	8	175
AIDS	2	17	0	0	0	0	2	17
* Posti autorizzati								
Fonte dati: STS24-2020 / STS11-2021 e Direzione Socio-sanitaria								

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI								
AREA	Distretto Venezia Mestre		Distretto Dolo Mirano		Distretto Chioggia		Totale Serenissima	
	n. strutture	n. posti (*)	n. strutture	n. posti (*)	n. strutture	n. posti (*)	n. strutture	n. posti (*)
ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI	4	102	6	115	2	44	12	261
DISABILI	9	203	14	284	4	83	27	570
PSICHIATRICI	5	76	4	58	2	28	11	162
MINORI**	1	10	2	20	0	0	3	30
DIPENDENZE	0	0	1	9	0	0	1	9
* Posti autorizzati								
** Comprende Centri Educativi esclusi gli asili								
Fonte dati: STS24-2020 / STS11-2021 e Direzione Socio-sanitaria								

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



ALTRE STRUTTURE TERRITORIALI	Distretto Venezia Mestre	Distretto Dolo Mirano	Distretto Chioggia	Totale Serenissima
SEDI DISTRETTUALI	17	7	2	26
STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DI SPECIALISTICA AMB.LE	16	9	8	33
SEDI DIPARTIMENTO PREVENZIONE	3	1	2	6
SEDI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**	5	2	3	10
SEDI DIPARTIMENTO DIPENDENZE**	2	2	2	6
FARMACIE CONVENZIONATE	100	74	21	195
* Esclusi Centri vaccinali anti Covid-19				
** Escluse Strutture residenziali e semiresidenziali				
Fonte dati STS11-2021 e Serv. Farmaceutico Territoriale				

2.3 L'ATTIVITA'

Assistenza ospedaliera

Nell'autunno del 2020 la Regione, con nota 0474774 del 06/11/2020, in considerazione dello scenario epidemiologico ha disposto nuovamente la sospensione nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate dell'attività di ricovero programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria e di ridurre l'attività programmata non urgente chirurgica ed in ambito internistico al fine di poter disporre di personale per la gestione dei pazienti Covid, ad eccezione dell'attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche di diagnosi ed intervento, in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica, tenendo conto della storia naturale della malattia e di protocolli integrati con chemio e radioterapia adiuvante.

Nel 2° trimestre 2021 la diffusione del COVID ha mostrato un rallentamento e, con la diminuzione della pressione ospedaliera, è subentrata la necessità di recuperare le prestazioni non erogate per effetto della pandemia. La Regione Veneto con d.G.R. 759/2021 ha approvato le disposizioni per l'elaborazione da parte delle Aziende del Servizio Sanitario delle proposte aziendali per il recupero delle prestazioni non erogate a seguito dell'emergenza epidemica, sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. La proposta dell'Ulss 3, unitamente a quella di tutte le altre Aziende del SSR, è stata oggetto di valutazione di fattibilità e congruità da parte delle strutture regionali, con esito positivo, come attestato nella d.G.R. 1061/2021.

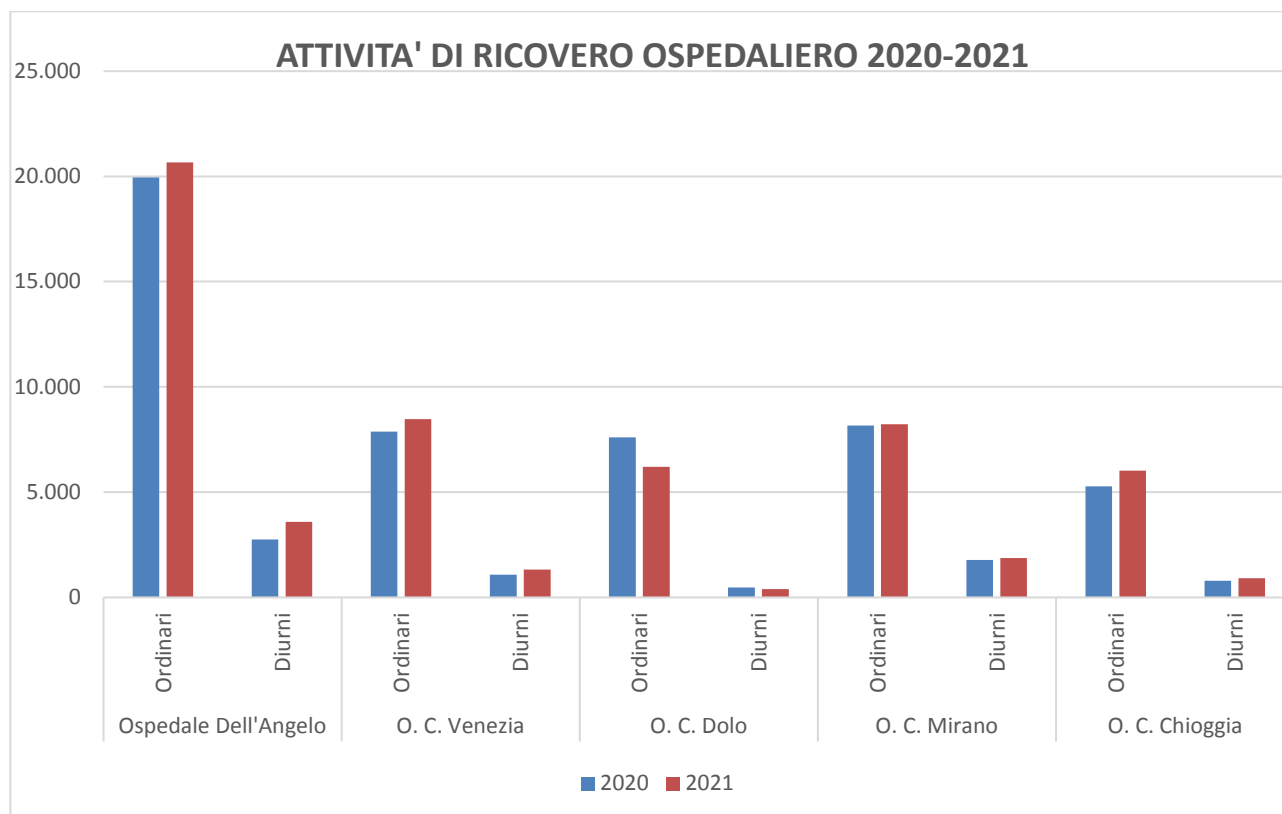
Il piano aziendale di recupero prevedeva una serie articolata di azioni, volte all'ottimizzazione delle attività aziendali mediante una riorganizzazione interna, adeguando in tal senso anche il sistema degli obiettivi di budget, e azioni specifiche riguardanti i privati accreditati.

Le principali linee di indirizzo riguardanti i ricoveri indicate nel piano sono relative all'ottimizzazione del processo di gestione delle sale operatorie, quali: l'utilizzo più efficiente della pre-sala, l'anticipo dei tempi di inizio delle sedute operatorie, la riduzione dei tempi di cambio, dei tempi non chirurgici pre e post atto, touch time, dei tempi di attesa tra un intervento e l'altro.

L'analisi dell'attività di ricovero evidenzia, nel complesso degli ospedali pubblici e privati, un aumento pari al 3,6%. Nel 2021 i ricoveri totali sono stati 66.751, a fronte di 64.434 del 2020. L'aumento ha riguardato sia le strutture pubbliche (+3,1%), che le strutture private (6,7%).



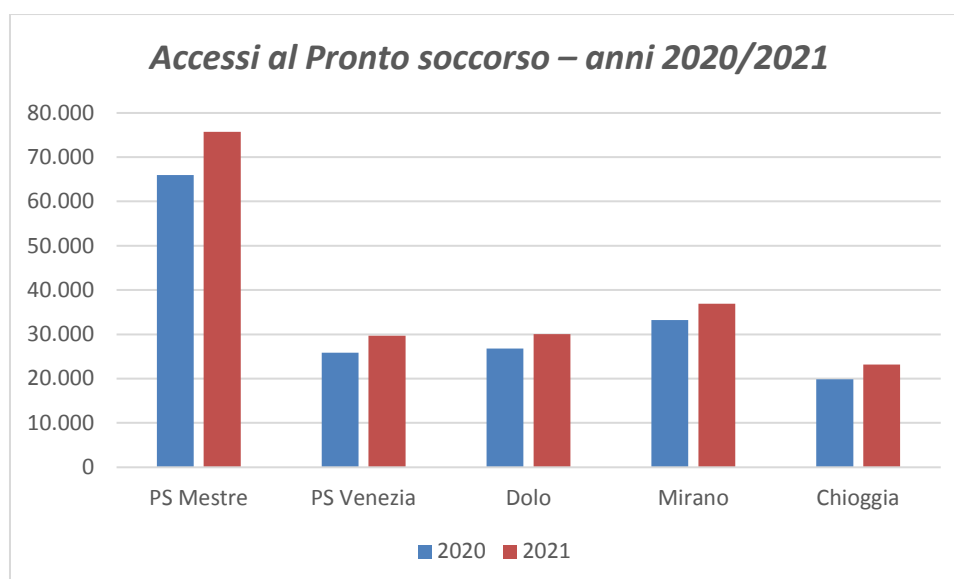
L'ospedale di Dolo registra una contrazione del 18,2% rispetto al 2020 in quanto struttura Covid hospital.



Attività di pronto soccorso

Nel 2021 il numero di accessi è stato complessivamente pari a 195.550 nelle 5 sedi di Pronto Soccorso della Ulss 3 Serenissima e nel Punto di Primo Intervento del Lido di Venezia. Nel 2020 gli accessi totali erano stati 171.719. L'aumento degli accessi è stato mediamente del 13.9%.

Quasi il 40% degli accessi al Pronto Soccorso è avvenuto presso l'Ospedale dell'Angelo, seguito dagli ospedali di Mirano, Dolo, Venezia e Chioggia.





Attività di laboratorio

Per quanto concerne il volume di prestazioni di Medicina di laboratorio per esterni, nel 2021 si evidenzia una ripresa dell'attività sia nelle strutture pubbliche (+27,4%) che nelle strutture accreditate (+9,7%).

Struttura	Quantità 2020	Quantità 2021	Delta % 2020/2021
PRIVATO	718.229	788.015	9,7%
PUBBLICO	4.029.706	5.133.133	27,4%
Totale	4.747.935	5.921.148	24,7%

AREA LABORATORIO: Laboratorio Analisi-Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica

Nel complesso, l'attività di Laboratorio viene erogata per circa l'87% dalle strutture pubbliche e per il restante da quelle accreditate.

Attività ambulatoriale

Verso la fine le 2020, la Regione con nota 0474774 del 06/11/2020, in considerazione dello scenario epidemiologico ha disposto, nuovamente la sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale, in analogia all'attività di ricovero, delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate fatto salvo le prestazioni con priorità U e B, l'attività in ambito materno-infantile, oncologico, malattie rare e non rinviabile in considerazione del quadro clinico dei pazienti, sia come prime visite specialistiche che di controllo.

Nel corso del 2021, in occasione delle varie ondate di recrudescenza dei casi di Covid, le attività di specialistica ambulatoriale sono state parzialmente ridotte.

Nel secondo trimestre 2021 la diffusione del COVID ha mostrato un rallentamento e, con la diminuzione della pressione ospedaliera, è subentrata la necessità di recuperare le prestazioni non erogate per effetto della pandemia. La Regione Veneto, con d.G.R. 759/2021, ha approvato le disposizioni per l'elaborazione da parte delle Aziende del Servizio Sanitario delle proposte aziendali per il recupero delle prestazioni non erogate a seguito dell'emergenza epidemica, sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. La proposta dell'Ulss 3, unitamente a quella di tutte le altre Aziende del SSR è stata oggetto di valutazione di fattibilità e congruità da parte delle strutture regionali, con esito positivo, come attestato nella d.G.R. 1061/2021.

Il piano aziendale di recupero prevedeva una serie articolata di azioni, volte all'ottimizzazione delle attività aziendali mediante una riorganizzazione interna, adeguando in tal senso anche il sistema degli obiettivi di budget, e azioni specifiche riguardanti i privati accreditati.

Le principali linee di indirizzo che sono state indicate nel piano sono: recupero delle ore di attività del personale precedentemente impiegato nell'attività di contrasto alla pandemia; incremento dell'offerta erogativa programmando, nei limiti delle risorse disponibili, un aumento delle ore di attività anche nei giorni prefestivi, festivi e nelle fasce pomeridiane e serali; attivazione di contratti libero professionali nelle aree di maggiore criticità soprattutto nelle discipline che maggiormente hanno subito una contrazione dell'attività durante l'epidemia; piano di efficientamento delle potenzialità di monitoraggio informatico; attuazione di processi di "pulizia delle liste". Il piano operativo prevedeva il recupero dei livelli di produttività precedenti l'epidemia.

Prestazioni per esterni: anni 2020/2021

Complessivamente nel 2021 sono state eseguite 1.942.312 prestazioni ambulatoriali, il 12,4% in più rispetto all'anno precedente.

L'incremento ha interessato sia le strutture pubbliche (+12,4%) che quelle private (+12,6%).

Complessivamente, nel 2021, l'attività ambulatoriale è stata assicurata per circa l'73% dalle strutture pubbliche e per il restante 27% dagli istituti privati accreditati.

Al fine di permettere una migliore analisi delle prestazioni ambulatoriali nella tabella seguente viene illustrata la suddivisione per area.

AZIENDA ULSS 3: Prestazioni ambulatoriali per esterni

Struttura	Disciplina	Quantità 2020	Quantità 2021	Delta % 2020-2021
PUBBLICO	DIAGNOSTICA	164.950	208.001	26,1%
	RIABILITATIVA	167.434	190.365	13,7%
	SPECIALISTICA	935.785	1.026.828	9,7%
	Totale	1.268.169	1.425.194	12,4%
PRIVATO	DIAGNOSTICA	119.227	137.119	15,0%
	RIABILITATIVA	211.524	235.253	11,2%
	SPECIALISTICA	128.431	144.746	12,7%
	Totale	459.182	517.118	12,6%

Escluso Discipline: Laboratorio Analisi-Centro Trasfusionale-Anatomia Patologica

- Area Diagnostica: l'offerta di prestazioni erogate aumenta nel 2021, rispetto all'anno precedente, in ambito pubblico (26,1%) e presso i privati accreditati (+15,0%).
- Area Riabilitativa: aumentano le prestazioni in ambito pubblico (13,7%) ed anche in ambito privato (+11,2%).
- Area Specialistica: si registra un aumento sia per le strutture pubbliche (+9,7%) che per le strutture private (+12,7%).

Si riporta di seguito la distribuzione per struttura:

	2020	2021	Delta 2020/2021	Delta % 2020/2021	2021%
O.C. MESTRE	336.904	356.190	19.286	6%	18%
O.C. VENEZIA	162.288	191.026	28.738	18%	10%
O.C. DOLO	200.130	232.265	32.135	16%	12%
O.C. MIRANO	175.433	191.916	16.483	9%	10%
PRESIDIO NOALE	84.095	106.990	22.895	27%	6%
O.C. CHIOGGIA	96.491	106.025	9.534	10%	5%
TOTALE PRESIDI	1.055.341	1.184.412	129.071	12%	61%
DISTRETTO 1 - CENTRO STORICO	32.313	44.300	11.987	37%	2%
DISTRETTO 1 - ESTUARIO	57.052	57.358	306	1%	3%
DISTRETTO 2 - MESTRE CENTRO - SUD	59.071	79.432	20.361	34%	4%



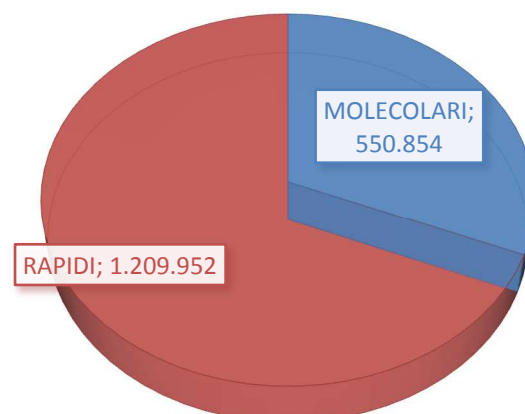
DISTRETTO 2 - MESTRE NORD - MARCON - QUARTO	44.125	37.820	-6.305	-14%	2%
DISTRETTO 3 - DOLO-MIRANO	15.296	15.935	639	4%	1%
DISTRETTO 4 - CHIOGGIA	4.971	5.937	966	19%	0%
TOTALE DISTRETTI	212.828	240.782	27.954	13%	12%
TOTALE ISTITUTI PUBBLICI	1.268.169	1.425.194	157.025	12%	73%
TOTALE ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	459.182	517.118	57.936	13%	27%
TOTALE GENERALE	1.727.351	1.942.312	214.961	12%	100%

Attività di Prevenzione

Rilevante è inoltre la funzione che il Dipartimento esercita nell'attuazione di indirizzi nazionali e regionali, in collaborazione con le altre strutture e/o enti, a fronte di emergenze sanitarie e territoriali. A seguito della pandemia Covid il Dipartimento di Prevenzione ha assunto un ruolo di centralità nella prevenzione e nella gestione dell'emergenza; la Regione Veneto con il Piano di Sanità Pubblica del 2020 e successivi aggiornamenti, ne ha previsto il potenziamento ed il riorientamento delle attività in relazione alla diffusione dell'emergenza pandemica. Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei pazienti positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, l'Azienda ULSS ha rafforzato il Dipartimento di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da garantire le attività necessarie a supporto della gestione dell'emergenza. Il Dipartimento è stato impegnato in modo massiccio nel corso del 2021 nella gestione dell'epidemia da Covid-19. Sarà importante nella fase post pandemica recuperare le situazioni parzialmente sospese e gestire le eventuali ricadute sulla popolazione più fragile.

Nei prospetti seguenti sono rappresentate sinteticamente le attività di diagnostica (tamponi) e di vaccinazione anti Covid effettuate nel 2021.

N° TAMPONI COVID ESEGUITI – ANNO 2021



Il numero complessivo di vaccinazioni eseguite è stato 1.204.894 di cui:

- 507.925 prime dosi



- 475.910 seconde dosi
- 220.991 terze dosi

Nella tabella seguente si dà evidenza delle percentuali di copertura delle vaccinazioni al 31/12/2021, distinte per età della popolazione:

Classe di età	% Ciclo primario completo
12-19	74,6%
20-29	85,6%
30-39	81,3%
40-49	82,7%
50-59	85,2%
60-69	88,1%
70-79	91,6%
80+	91,7%

L'andamento epidemico e la vaccinazione contro il Covid-19 molto probabilmente continueranno a vedere impegnata tutta l'Azienda nelle attività organizzative ed operative per contrastare l'emergenza anche nel 2022.



3 SEZIONE PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 PERFORMANCE

In questa sezione si riportano le linee di indirizzo ed i contenuti già descritti nella delibera del direttore generale n. 131 del 31/01/2022 relativa al “Piano della performance 2022-2024 e documento di direttive per gli obiettivi 2022”.

3.1.1 Ciclo di gestione della performance

Misurazione e valutazione delle performance

Il sistema di programmazione e controllo di gestione può essere definito come il meccanismo operativo con il quale l’Azienda formula e articola gli obiettivi aziendali e crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento. Il servizio Controllo di Gestione, sulla base dell’articolo art. 20 della L.R. 56/94, applica la metodica di budget al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e impiego delle risorse e concretizzare il principio della responsabilità economica.

La formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance per l’Azienda assolve, quindi, ad una pluralità di scopi:

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

Conseguentemente i processi di individuazione degli obiettivi e di misurazione dei risultati si svolgono con riferimento sia a livello complessivo aziendale che di singola unità operativa e si integrano con la valutazione della performance individuale.

▪ **Obiettivi**

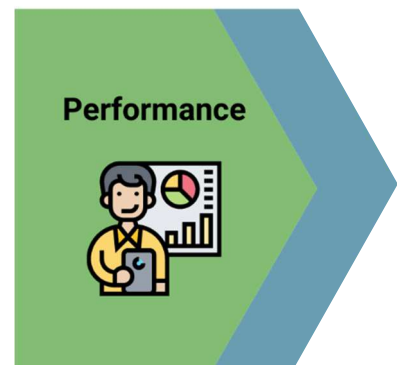
L’obiettivo è il risultato che un soggetto si prefigge di ottenere, riferito a un preciso periodo temporale e coerente con le responsabilità del valutato. Questo valore, espresso in termini di livello di rendimento, rappresenta un meccanismo molto efficace per monitorare, valutare e modificare i comportamenti, dare un indirizzo ed uno stimolo al miglioramento. Affinché questo avvenga, è necessario che l’obiettivo sia sfidante ma realisticamente raggiungibile dal valutato attraverso le risorse assegnate, l’abilità e le competenze nonché l’adeguatezza dei processi; inoltre deve essere quantificabile e misurabile attraverso l’utilizzo di indicatori.

▪ **Indicatori**

L’indicatore è lo strumento che rende possibile l’acquisizione delle informazioni e la misurazione oggettiva del grado di raggiungimento dell’obiettivo.

L’indicatore deve possedere le seguenti caratteristiche fondamentali:

- 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).

Gli obiettivi di budget sono misurati con indicatori che devono possedere tali caratteristiche, a tal fine sono in continuo sviluppo gli strumenti del sistema informativo del Controllo di Gestione.

▪ **Infrastruttura di supporto**

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance deve possedere un'infrastruttura di supporto, intesa come l'insieme di mezzi e soggetti che rendono possibile l'acquisizione, la selezione, l'analisi, l'interpretazione e la diffusione delle informazioni relative al livello di raggiungimento degli obiettivi, garantendone la tracciabilità. È responsabilità del servizio Controllo di Gestione sovrintendere all'intero sviluppo del ciclo della performance aziendale e supportare la valutazione della performance organizzativa di ciascuna UO. A tal fine il datawarehouse aziendale è lo strumento tecnico di gestione sia dei dati di attività che di costo.

La struttura Risorse Umane governa il processo di valutazione individuale.

• **Processo**

Il processo di misurazione e valutazione si svolge secondo uno schema logico-temporale, articolato come segue:

- definizione e assegnazione degli obiettivi, 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 e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo, ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

▪ **Strumenti di programmazione e valutazione**

Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato da specifici documenti di supporto:

- Piano Triennale della Performance;
- Documento di Direttive per l'anno di riferimento;
- Metodologia aziendale del processo di budget;
- Sistema di misurazione e valutazione individuale;
- Relazione annuale sulla Performance.

▪ **Ambiti di valutazione**

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance deve essere collegato a precisi ambiti di valutazione, così come individuati dal d.lgs. 150/2009, che rappresentano le aree di attività dell'Azienda.

▪ **Pubblicità**

Il Sistema di misurazione e valutazione della Performance prevede la massima trasparenza dei processi, mediante la pubblicazione sul sito istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente".

3.1.2 Metodologia Aziendale applicata

L'Azienda ULSS 3 Serenissima utilizza il sistema di programmazione e verifica dei risultati attraverso lo strumento del budget, inteso come strumento di indirizzo dei comportamenti delle articolazioni organizzative verso logiche di efficienza ed efficacia multidimensionali (volume e qualità delle prestazioni, utilizzo delle risorse, partecipazione a progetti, organizzazione e sviluppo delle capacità professionali, ecc.).

Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima la performance viene misurata:

-a livello complessivo aziendale rispetto al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale), prioritariamente derivati dagli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;

-a livello di singola Unità Operativa, per le Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali o per quelle individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);

-a livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

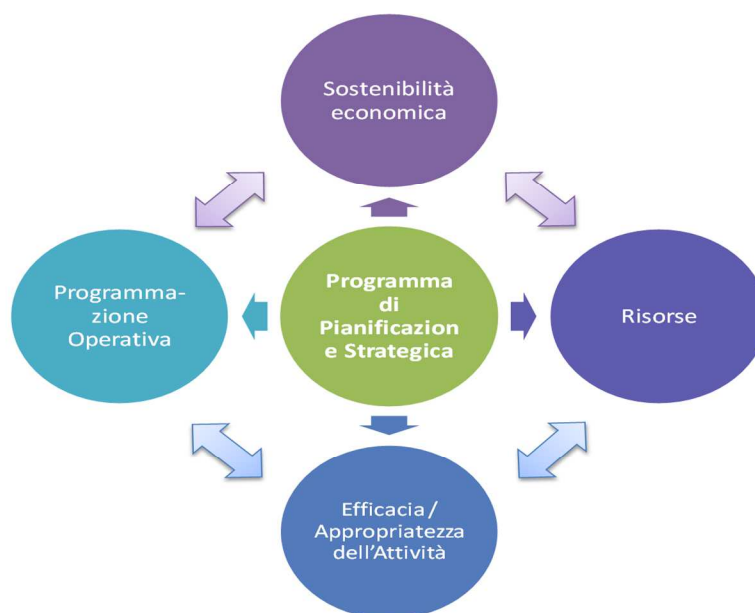
Il sistema adottato si articola nelle quattro fasi fondamentali di:

1. Pianificazione/Programmazione;
2. Formulazione del Budget;
3. Svolgimento dell'attività e monitoraggio;
4. Valutazione dei risultati ottenuti.

Pianificazione/Programmazione

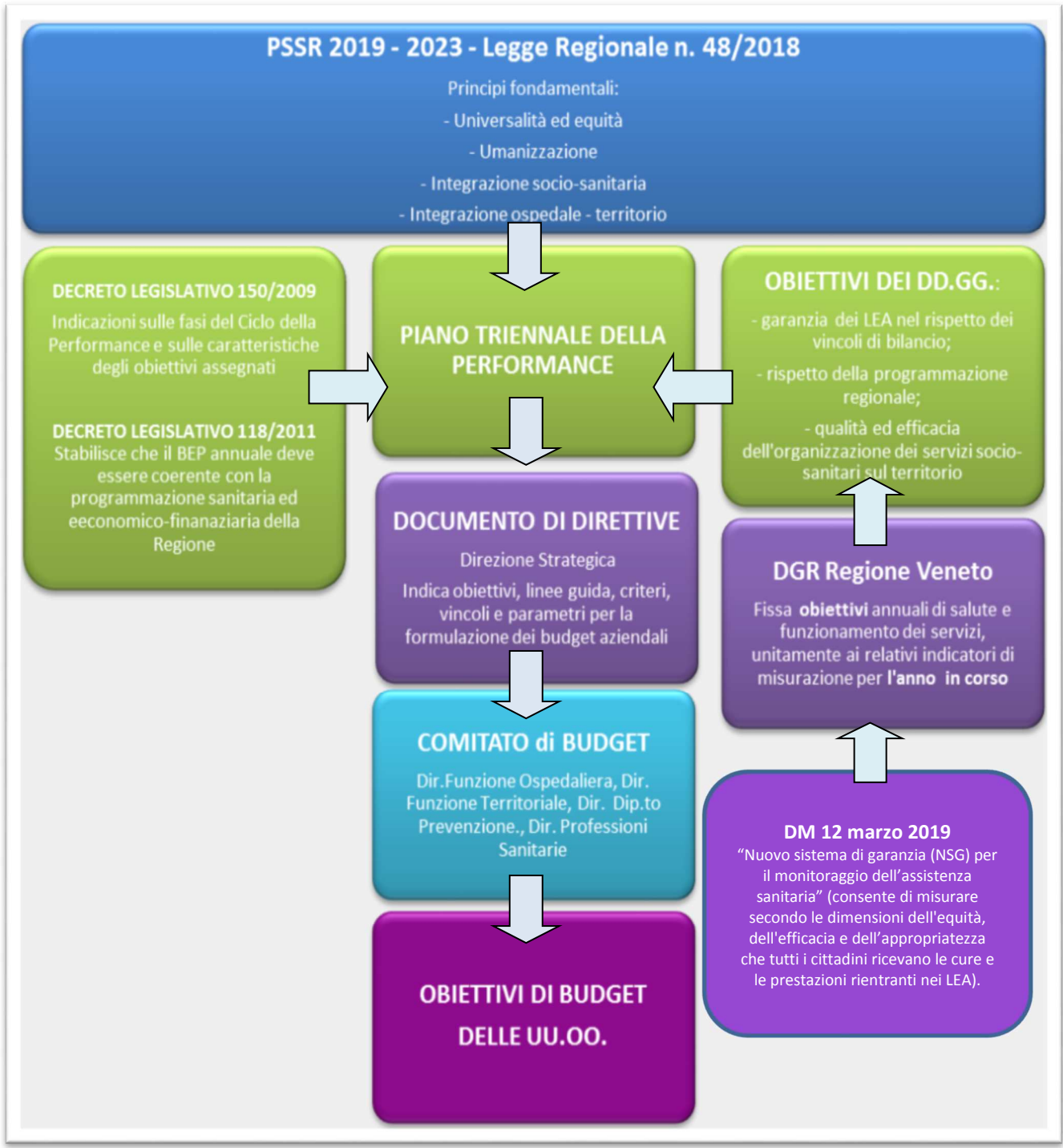
Entro il 31 gennaio di ogni anno viene predisposto il Piano della Performance quale documento di programmazione strategica triennale attraverso il quale, in conformità alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli normativi di bilancio, vengono individuati obiettivi strategici ed operativi, indicatori e risultati attesi. Il Piano viene adottato con delibera del Direttore Generale e consente di programmare la performance aziendale rappresentandola in un'ottica di rendicontabilità e trasparenza.

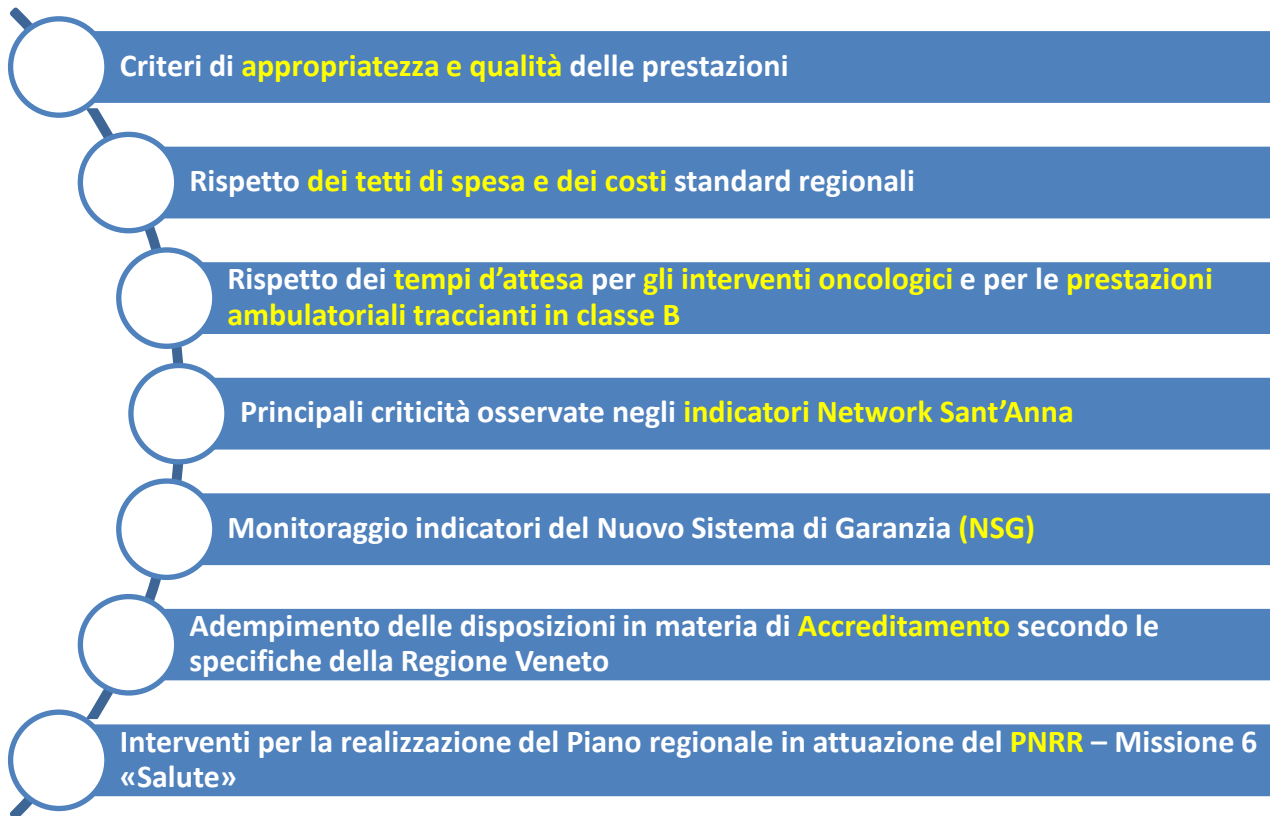
Il grafico che segue rappresenta le dimensioni di cui la programmazione strategica deve tener conto: risorse assegnate, sostenibilità economica, innovazione, efficienza ed efficacia delle azioni.



Il Piano della Performance comprende il **Documento delle Direttive** che esplicita per l'anno in corso gli obiettivi aziendali e rappresenta lo strumento di programmazione annuale. La definizione degli obiettivi aziendali è strettamente collegata alla programmazione economica e gli obiettivi assegnati devono essere necessariamente coerenti con le risorse economiche disponibili ed individuate nel Bilancio Economico Preventivo. Inoltre, il Documento di Direttive recepisce di norma le aree di azione previste nella DGR che annualmente stabilisce gli obiettivi di salute e funzionamento delle Aziende Ulss, cd. "obiettivi dei Direttori Generali".

Anche per il triennio 2022-2024 le principali aree di sviluppo strategico che l'Ulss intende perseguire sono quelle individuate nella più recente deliberazione di Giunta Regionale riguardante gli obiettivi del Direttore Generale, in coerenza con la normativa regionale e ministeriale in materia, come rappresentato nel seguente schema.




Elementi di sintesi per l'individuazione degli obiettivi.

Gli obiettivi di budget 2022

Patto tra Direzione Generale e direttori delle UU.OO. per generare Valore (attività improntate ai criteri di appropriatezza, sicurezza, efficacia, efficienza e tempestività)



Il Valore che si trasferisce alla collettività



Formulazione del Budget

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

- Unità Operative Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale che svolgono attività di carattere sanitario e socio-sanitario finalizzate all'erogazione di prestazioni a carattere diagnostico-terapeutico e riabilitativo;
 - Unità Operative Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale che svolgono attività di carattere amministrativo, contabile e tecnico finalizzate a garantire il corretto svolgimento dei processi di supporto all'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari;
 - alcune articolazioni organizzative di tipo semplice (UOS) e Servizi di staff alla Direzione Strategica.
- La definizione e contrattazione degli obiettivi di budget riguarda ogni singola Unità di Budget.

Il Comitato di Budget, sulla base delle linee strategiche aziendali, individua gli indirizzi operativi per macroaree, utili per la definizione degli obiettivi delle Unità di Budget, validi per un arco temporale definito, solitamente annuale.

I Direttori di Dipartimento Strutturale individuano le proposte di budget di ciascuna Unità Operativa in accordo con i relativi Responsabili. Dette proposte vengono negoziate successivamente con il Comitato di Negoziazione che assegna un punteggio a ciascun obiettivo in relazione all'importanza dello stesso.

Gli obiettivi, così definiti, riguardano la performance dell'Unità Operativa e coinvolgono complessivamente tutto il personale, sia dirigente che del comparto.

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

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

La Direzione si riserva di assegnare sempre eventuali nuovi obiettivi in corso d'anno, in relazione a nuove direttive regionali oppure in seguito a proprie autonome decisioni.

In caso di modifiche sostanziali aziendali e/o dell'assetto organizzativo, è prevista, inoltre, la possibilità di rimodulare gli obiettivi concordati tra l'Unità di Budget e il Comitato di Negoziazione o modificarne il punteggio. La rinegoziazione di norma avviene non oltre il mese di settembre di ogni annualità, può essere effettuata su decisione della Direzione o a seguito di motivata richiesta formale da parte della singola Unità di Budget e deve essere validata da parte del superiore gerarchico.

Svolgimento dell'Attività e Monitoraggio

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



eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato e consentire ai responsabili la possibilità di effettuare azioni correttive.

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

Valutazione dei risultati ottenuti

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

Valutazione degli Obiettivi

La fase di valutazione finale degli obiettivi di budget inizia a fine periodo con la misurazione a consuntivo degli indicatori contenuti nella Scheda di Budget.

Il Controllo di Gestione, sulla base delle evidenze desunte dal sistema informativo aziendale e dalla documentazione fornita dal Direttore di UOC/UOSD o da altre Unità Operative, effettua la misurazione ed assegna un punteggio complessivo secondo i criteri stabiliti in fase di negoziazione. L'esito della misurazione viene analizzato dai valutatori di I^a e di II^a istanza che possono modificare o confermare il risultato indicato dal Controllo di Gestione, tenendo altresì conto delle motivazioni adottate dal direttore dell'Unità Operativa.

I due livelli di valutazione sono articolati secondo scala gerarchica di responsabilità.

Il Direttore dell'Unità di Budget è informato sull'esito finale tramite la Scheda di Valutazione redatta dal Controllo di Gestione e comunicata formalmente all'interessato.

Valutazione della Performance Individuale

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

Dall'esito della valutazione organizzativa ed individuale discende la corresponsione degli istituti economici previsti dalla contrattazione vigente. Il servizio Risorse Umane coordina il processo di valutazione individuale e garantisce il rispetto delle scadenze previste relativamente alla corresponsione delle premialità come normato dagli accordi contrattuali nazionali ed aziendali vigenti.

Entro il 30 giugno viene redatta la **Relazione sulla Performance** (prevista dal Decreto Legislativo 150/2009) che evidenzia, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti. Nella Relazione sono rendicontati ed evidenziati: la performance aziendale, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi delle UUOO e una sintesi dei risultati della valutazione individuale di tutto il personale dipendente.

A conclusione del processo di valutazione della performance organizzativa ed individuale tutta la documentazione viene sottoposta all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV). L'OIV è l'organo garante dell'intero processo di definizione degli obiettivi e di valutazione dei risultati di budget e ne attesta la correttezza metodologica.



La Relazione sulla Performance, approvata con Deliberazione del Direttore Generale, viene validata anche dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'OIV predispone inoltre la Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, che costituisce parte integrante del Documento di Validazione della Relazione sulla performance.

3.1.3 Timing del Processo

Le fasi temporali in cui si articola il processo sono rappresentate nel prospetto successivo.

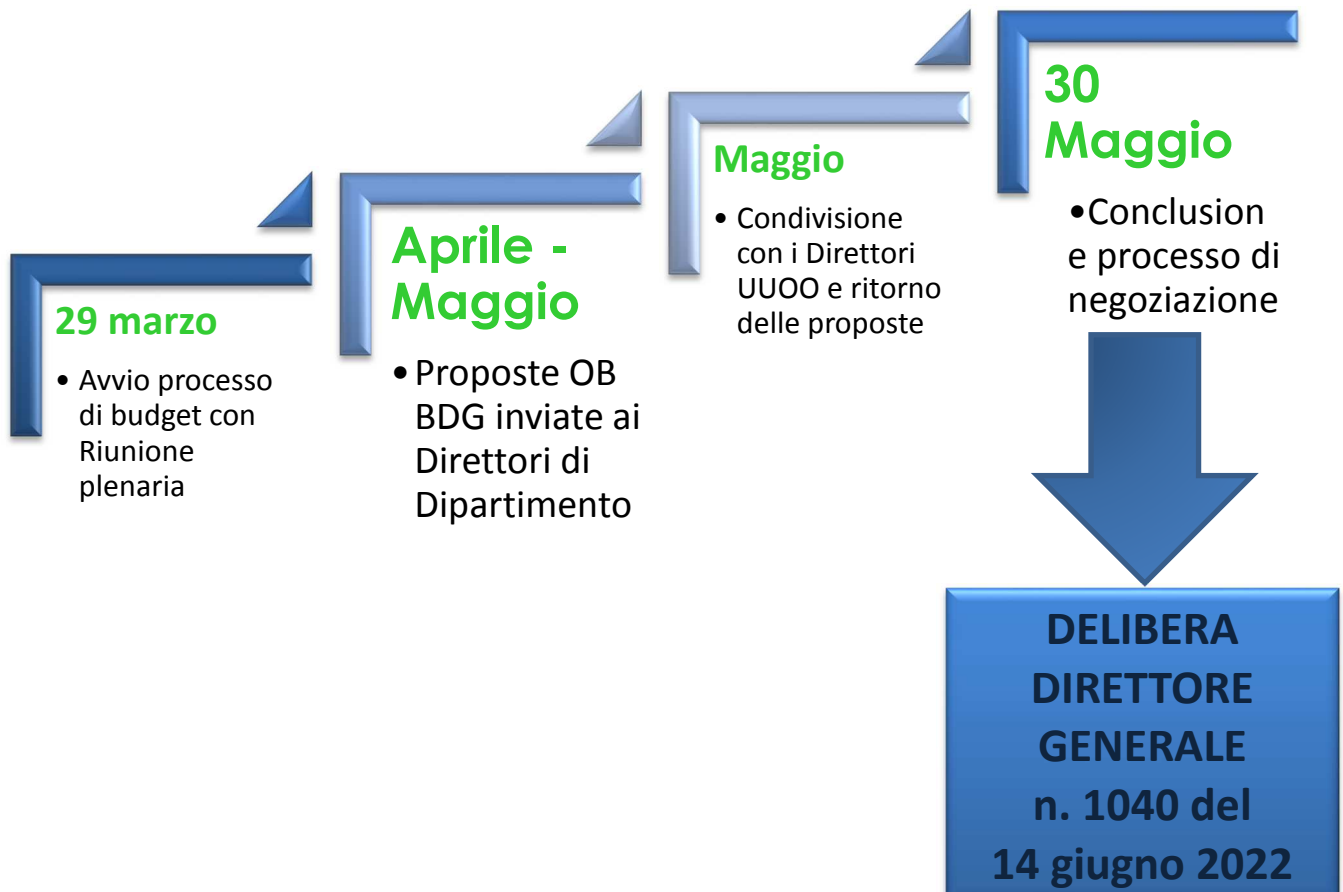
STEP operativi, come prevede la normativa vigente, relativi ad un contesto di ordinaria attività.

ANNO X



Le scadenze nel 2022 sono state rimodulate per effetto di una situazione, ancora caratterizzata dalla diffusione dell'epidemia. Le tempistiche sono rappresentate nella grafica successiva.

Processo di budget 2022





3.1.4 Le linee programmatiche e gli obiettivi

Principi fondamentali

L'Azienda Ulss 3 Serenissima attua in ambito locale gli indirizzi in materia sanitaria definiti a livello nazionale e regionale, accogliendo le istanze e le esigenze delle comunità che in essa operano, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza, assicurando l'equità e l'universalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari.

Nel perseguire questi scopi l'Azienda agisce come parte di un sistema complessivamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ed attento all'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze, fissando, come costante punto di riferimento, il raggiungimento di risultati che garantiscano elevati livelli di efficacia nella prestazione dei servizi offerti, assicurando altresì l'impiego efficiente delle risorse assegnate.

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

L'Azienda, dunque, si prefigge il rispetto dei seguenti **valori**:

- il riconoscimento della centralità della persona in ogni processo socio-sanitario, considerata nell'inscindibilità dei suoi aspetti;
- la collaborazione tra gli operatori e con le altre istituzioni che concorrono alla salute della comunità, a garanzia dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza e la presa in carico globale della persona e della sua famiglia;
- il comportamento etico, che deve informare l'attività di tutti gli attori che operano nell'Azienda e con l'Azienda;
- lo spirito di servizio;
- l'orientamento alla qualità, al miglioramento continuo, all'innovazione e alla crescita personale;
- la legalità;
- la trasparenza;
- la buona amministrazione.

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

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

L'Azienda si impegna ad erogare i servizi nel costante rispetto dei seguenti **principi**:



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

Il 2021, così come il 2020, è stato un anno particolare dal punto di vista sanitario, fortemente contrassegnato dall'emergenza causata dal diffondersi del virus Sars-Cov-2. Nel 2021 si è avviata la più importante campagna vaccinale che sia mai stata realizzata a livello nazionale, impegnando ingenti risorse sia strutturali sia di personale. Il protrarsi dell'emergenza nonché l'incertezza sul suo evolversi rende molto complicato fare delle previsioni. L'Azienda però, pur in un contesto assolutamente non ordinario, intende continuare nel triennio 2022-2024 ad operare nel percorso di miglioramento della promozione e tutela della salute della popolazione e di garanzia di elevati livelli quali quantitativi di prestazioni, in un contesto di sostenibilità economica generale.

Riguardo ai bisogni della persona, il focus riguarderà i seguenti aspetti:

- impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda dei servizi sanitari
- promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio
- percorso del paziente in ospedale / territorio
- presa in carico della cronicità e della multi-morbilità per intensità di cura e di assistenza
- salute mentale
- integrazione degli aspetti sociali e sanitari nell'assistenza e la cura.

Per quanto riguarda gli aspetti di governo dell'azienda e i sistemi di supporto all'erogazione dei servizi sociosanitari, particolare attenzione sarà posta su:

- gestione del patrimonio informativo
- governo della farmaceutica e dei dispositivi medici
- gestione delle risorse finanziarie e strumentali
- innovazione di processo

Le principali aree di programmazione riguardano:

- ⇒ **Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza** soprattutto nell'ambito della prevenzione e delle cure primarie ed in particolare l'attuazione di attività atte a controllare la trasmissione del virus SARS-CoV2;
- ⇒ **Appropriatezza** nell'erogazione di tutti i servizi;



- ⇒ Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari;
- ⇒ Flussi informativi di attività e di costi: rispetto di tutti i requisiti richiesti dalla Regione in termini di qualità e completezza dei dati.

Obiettivi strategici e Documento di Direttive

Il Piano della Performance 2022-2024 si pone in continuità con il precedente Piano 2021-2023 tenendo anche in considerazione gli importanti effetti sul sistema sanitario conseguenti alla grave pandemia da Covid-19.

La pandemia di Covid 19 tuttora in corso presuppone l'implementazione di una serie di attività specifiche che dovranno essere realizzate in modo prioritario, secondo le indicazioni normative ministeriali e regionali, anche nel 2022. L'emergenza epidemiologica continuerà ad orientare le scelte di politica aziendale e, per l'anno 2022, si dovranno quindi necessariamente comprendere obiettivi di salute e funzionamento finalizzati a garantire l'assistenza ai pazienti che hanno contratto il virus, attuare tutte le iniziative di prevenzione sanitaria in questo ambito, nonché continuare a gestire la campagna di vaccinazione anti Covid nell'ambito delle indicazioni regionali.

I numeri sulla pandemia registrati alla fine del 2021, confrontati con i numeri registrati nel 2020, confermano l'efficacia della campagna vaccinale come mezzo di contrasto alla diffusione del virus.

Flessibilità organizzativa

In un contesto incerto come quello attuale è necessario che l'Azienda sia sempre in grado di rispondere tempestivamente agli stimoli provenienti dall'esterno favorendo efficaci meccanismi di rapido allineamento tra l'Azienda ed il suo contesto.

Le esigenze future richiedono capacità di rispondere alle nuove sfide attraverso il cambiamento, in termini di flessibilità operativa, intesa come capacità di adattamento del sistema produttivo e dei relativi processi ai mutamenti esterni.

Dal marzo 2020 ad oggi la quantità di posti letti dedicati ai pazienti COVID ha oscillato significativamente in relazione ai bisogni. La flessibilità ha riguardato anche le modalità di gestione delle risorse umane. Sono cambiate le modalità organizzative del lavoro con il ricorso allo Smart Working, alla costituzione delle USCA, dei centri per le vaccinazioni, dei punti tampone. Il personale recuperato dalla contrazione delle attività temporaneamente ridotte è stato soprattutto impiegato in quest'ultimi ambiti.

Nel corso del 2022 dovrà essere quindi garantita la flessibilità operativa, già assicurata finora, da parte del personale che si è prodigato con grande spirito di abnegazione, al fine di assicurare le attività assistenziali e, nel contempo, fare fronte alle eventuali necessità conseguenti all'andamento della pandemia.



Al fine di integrare al massimo i processi di programmazione, il Piano della Performance 2022-2024 contiene anche il Documento di Direttive 2022, permettendo di declinare i tempi della programmazione con quelli del processo di budget.

Il **Documento di Direttive** esplicita gli obiettivi generali individuati come prioritari per l'anno 2022 dalla Direzione Aziendale in attuazione degli indirizzi e delle scelte di programmazione strategica pluriennale adottate dalla stessa, in coerenza con i vincoli interni ed esterni che l'Azienda è tenuta a rispettare; ha la funzione di rappresentare uno strumento operativo finalizzato ad orientare le progettualità elaborate verso gli obiettivi aziendali, coordinandole in modo da sviluppare le necessarie integrazioni tra i diversi livelli organizzativi; al contempo, esso costituisce il raccordo con il budget operativo annuale delle unità organizzative aziendali per la gestione del Processo di Budget per l'anno 2022.

I principali ambiti di attività previsti per il 2022 sono i seguenti:

- **Organizzazione e prosecuzione del Piano di Vaccinazione anti Covid 19:** questo Piano costituisce un evento senza precedenti per la numerosità dei soggetti coinvolti e per i tempi di effettuazione dettati dalle esigenze di procedere con celerità. Lo straordinario piano per la vaccinazione della popolazione implica uno sforzo organizzativo, soprattutto per la quantità di personale necessaria per svolgere attività aggiuntive rispetto ai normali livelli di cura e assistenza, ed alle già consolidate attività legate al COVID (degenza COVID, tamponi, tracciamento, ecc.).
L'Azienda ULSS 3 Serenissima continuerà ad adottare tutte le azioni necessarie, sia dal punto di vista organizzativo che logistico, per garantire il pieno rispetto della campagna di vaccinazioni anti Covid-19 secondo le indicazioni regionali.
- **Attuazione e mantenimento delle misure atte ad interrompere la catena di trasmissione del virus Covid-19:** obiettivo strategico di Sanità Pubblica è quello di intercettare ed isolare tutti i possibili casi o focolai ed interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus. Per garantire l'efficienza e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, è necessario assicurare l'adeguato



supporto al Dipartimento di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da poter riorientare le attività a seconda delle necessità operative. L'attività verrà costantemente monitorata, in quanto la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio (i focolai familiari, scolastici, comunitari, nelle strutture e nei luoghi di lavoro, ecc.) rappresenta un altro dei pilastri per contenere la diffusione del contagio da Coronavirus nel territorio. Nel corso del 2022 l'Azienda ULSS 3 continuerà la propria attività diagnostica (per i malati, per i contatti, per gli screening, per i cluster, ecc.), rimodulandola secondo l'andamento dell'epidemia e secondo le indicazioni regionali.

- **Rispetto degli standard di copertura per la vaccinazione antiinfluenzale** come indicato nella DGR 1103 del 6/08/2020 (con riferimento alla popolazione di età ≥ 60 anni e agli operatori sanitari). Anche nella prossima stagione influenzale, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza.
- **Continuazione delle attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** nell'ambito delle indicazioni regionali, per assistere le persone affette dal Covid nel loro domicilio, con l'obiettivo di evitare l'ospedalizzazione per i cittadini che possono affrontare la patologia a casa, in totale sicurezza. Le USCA operano all'interno del Distretto, in sinergia con gli altri servizi territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e servizi di continuità assistenziale) e con gli specialisti delle Malattie Infettive.
- **Mantenere il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT)** come struttura di supporto alle attività organizzative di prevenzione e diagnosi (Punti tamponi). In periodi di emergenza, come quello attuale, è necessario garantire la massima copertura attiva della COT per dare risposta agli utenti in modo ampio e flessibile.
- **Recuperare le prestazioni di ricovero e le prestazioni ambulatoriali** sospese nei periodi di parziale chiusura dei servizi a seguito della diffusione del Covid-19. Già nel 2021 la Direzione Strategica, dando seguito alle indicazioni regionali, aveva disposto l'aggiornamento del sistema degli obiettivi aziendali includendo il recupero delle prestazioni non erogate durante la fase dell'emergenza epidemica; con Delibera n° 1339 del 12 agosto 2021 era stato adottato il Piano Attuativo Aziendale di recupero delle liste di attesa che dovrà essere ripreso ed aggiornato sulla base del nuovo contesto operativo.
Nel 2022 è stato adottato con provvedimento del Direttore Generale n. 385 del 11/03/2022 il piano operativo aziendale per il recupero delle liste di attesa.
- **Attuare il Piano Straordinario per l'abbattimento delle liste d'attesa per l'intervento di cataratta:** assicurare lo sviluppo del progetto di incremento del numero di interventi di cataratta presso l'Ospedale di Dolo, sede accentrata aziendale per questa attività. Il progetto, iniziato già nel 2021, ha richiesto la revisione dell'organizzazione sull'utilizzo delle sale operatorie, del personale e delle risorse strumentali ed ha cominciato a dare i primi importanti risultati.
- **Garantire il Piano Ospedaliero di potenziamento per l'assistenza ai pazienti COVID**



La programmazione aziendale, aggiornata continuamente per rispondere efficacemente all'evoluzione dell'emergenza, si muoverà in maniera sincrona alle indicazioni regionali ed ai livelli di rischio.

In generale il Piano aziendale prevederà di:

- *preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria*, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti;
- *ottimizzare l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva*;
- *ridurre i tempi di attivazione dei posti letto disponibili*;
- *rendere sostenibile la risposta ai fabbisogni emergenziali in ogni fase del percorso del paziente Covid*, dalla diagnosi e presa in carico territoriale, alla cura in fase acuta alla cura in fase post acuta;
- *verificare costantemente l'appropriatezza delle prestazioni erogate*, anche in termini di appropriatezza prescrittiva dei farmaci, secondo le indicazioni della normativa nazionale e regionale;
- *migliorare le prestazioni del personale mediante iniziative di formazione mirate* che accrescano le conoscenze professionali degli operatori.

- **Assicurare la funzionalità tecnico-impiantistica dei progetti riguardanti i lavori edilizi ed impiantistici necessari all'attivazione del Piano Terapie Intensive e Sub Intensive** come da Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020, "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".
- **Garantire la realizzazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** secondo quanto previsto dalle disposizioni regionali. L'obiettivo, contenuto nella Missione 6 del PNRR, prevede di rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari e di sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare. L'Ulss 3 potenzierà, secondo le tempistiche e le indicazioni regionali, l'assistenza nel territorio mediante gli Ospedali di Comunità (OdC) già esistenti e la programmazione di nuove Case della Comunità (CdC). La Casa della Comunità rappresenta una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare (medici di Medicina Generale, Pediatri, medici specialisti, infermieri di comunità ed anche assistenti sociali) e rappresenterà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici.
- **Sviluppare ulteriormente l'attività di Telemedicina**
 La DGRV 568 del 5/5/20 riconosce la possibilità agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di Telemedicina, e la DGRV 958 del 13/7/21 include il potenziamento di tale attività tra gli obiettivi che devo perseguire le Aziende Sanitarie. La Telemedicina consente di effettuare "a distanza" le visite per le quali è sufficiente un contatto verbale via telefono, o un contatto audiovisivo tramite videochiamata, tra medico e paziente, integrato dalla possibilità di visualizzare a distanza referti, immagini radiologiche ed altra documentazione clinica, tramite strumenti informatici.
 L'introduzione della Telemedicina presenta numerosi vantaggi:
 - rende fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori;
 - riduce i tempi di attesa;
 - ottimizza l'uso delle risorse disponibili;



-garantisce la continuità delle cure portando il servizio del medico direttamente presso la casa del paziente, risultando strumento particolarmente efficace in ambiti caratterizzati da prevalenza della popolazione anziana e delle malattie croniche sull'acuzie;

-riduce il ricorso alla ospedalizzazione soprattutto dei malati cronici;

-induce ad un minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani.

A ciò si aggiunga che, nello scenario attuale di emergenza sanitaria legata al COVID19, la Telemedicina offre un valido contributo al contrasto della diffusione del virus perché evita lo spostamento dei cittadini dal proprio domicilio e riduce il sovraffollamento che può generarsi negli spazi di attesa degli ambulatori. L'Azienda intende quindi dare ulteriore impulso a questa attività iniziata nel 2021.

▪ **Promuovere la salute attraverso la prevenzione**

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

Tra le attività aziendali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione verrà posta sulla copertura vaccinale ordinaria, sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, sugli screening oncologici, sicurezza alimentare, salvaguardia della salute animale e del patrimonio zootecnico, promozione di stili di vita sani. Anche le attività di Prevenzione si devono qualificare per una forte integrazione con i diversi attori della rete aziendale (macrostrutture del territorio e dell'ospedale) mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Tali attività sono particolarmente importanti alla luce delle ricadute negative che la sospensione delle attività di screening e delle prestazioni programmate a causa dell'emergenza Covid.

- **Promuovere l'efficienza nella combinazione e nell'utilizzo delle risorse** al fine del rispetto dei limiti di costo stabiliti dalla Regione Veneto. Per raggiungere l'obiettivo di un risultato economico e di un costo della produzione compatibili con i valori di riferimento regionale, l'Azienda si adopera per garantire il rispetto dei limiti di costo per Farmaceutica Convenzionata e Diretta, Dispositivi Medici, Diagnostici in vitro, Assistenza Integrativa e Protesica. La DGR 709/2022 di determinazione degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022, precisa a tal riguardo che il rispetto del vincolo di bilancio programmato è conseguito al netto dei maggiori costi e ricavi connessi all'emergenza Covid-19 ed è prerequisito per le successive valutazioni degli obiettivi assegnati.

▪ **Gestire il rischio sanitario e garantire la sicurezza dei servizi**

Ciascun sistema aziendale di gestione dei rischi è un insieme coordinato, coerente e diffuso di attività, strumenti, procedure e risorse che si prefigge di governare i rischi presenti attraverso una rete di iniziative di miglioramento. I principali sistemi di gestione dei rischi riguardano i seguenti valori da tutelare: la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo), la sicurezza dei pazienti (rischio clinico), la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo), la tutela dell'ambiente (rischio ecologico), la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile), l'integrità della pubblica amministrazione (rischi di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione). Obiettivo dell'azienda è promuovere la sicurezza del paziente e la cultura del rischio tramite la valutazione approfondita e congiunta degli eventi avversi, considerando questi come



un'opportunità di miglioramento. In questo contesto si inquadra il potenziamento dei flussi informativi, strutturandoli in un unico sistema informativo organizzato al fine di costituire una banca dati completa ed aggiornata.

▪ **Garantire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)**

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

▪ **Monitorare l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ed il rispetto dei tempi di attesa**

Per quanto riguarda in particolare l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed agli interventi chirurgici, l'Azienda continuerà ad essere impegnata nell'assicurare l'accesso ai servizi al fine di garantire ai cittadini un equo accesso ai servizi sanitari e promuovere l'adozione di corretti protocolli prescrittivi.

▪ **Aderenza agli standard del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) che rappresenta lo strumento** che consente di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). In particolare, l'Azienda, anche nel corso del 2022, porrà in essere tutte le azioni volte a garantire il raggiungimento di standard elevati di performance gestionale in particolare nelle seguenti attività:

- % di pazienti ultrasessantacinquenni con diagnosi di *frattura del collo del femore* operati entro due giornate in regime ordinario;
- % di interventi per *tumore maligno della mammella* eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui;
- % di *parti cesarei* primari;
- % di *colecistectomie laparoscopiche* con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni;
- rispetto delle priorità nei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici oncologici.

▪ **Migliorare il sistema informativo nell'ambito della progettualità indicata dalla Regione** che si sviluppa nelle aree seguenti:

- Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- Avvio del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) secondo gli step previsti da Azienda Zero;
- Prenotazione online (interoperabilità);
- Rispettare, in generale, la completezza e la tempestività dei flussi Informativi verso la Regione e gli altri Enti pubblici esterni sia in riferimento alle tempistiche che alla qualità dei dati, nella consapevolezza che essi costituiscono un patrimonio di informazioni poi utilizzate nei vari ambiti istituzionali a fini decisionali.

▪ **Implementare le azioni di miglioramento dei controlli amministrativi**

L'Azienda considera come prioritario il tema della corretta organizzazione delle procedure al fine della regolarità amministrativo-contabile degli atti prodotti, a salvaguardia del patrimonio aziendale



e della veridicità dei dati costituenti il sistema informativo dell'Azienda e a garanzia della legittimità ed economicità dell'azione amministrativa.

In linea con tale obiettivo vengono promosse le azioni necessarie a consentire il continuo monitoraggio dei processi in essere ai fini della valutazione del rischio amministrativo, e l'individuazione ed implementazione delle eventuali misure di intervento.

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


PROSPETTO SINOTTICO DEGLI OBIETTIVI TRIENNALI DELL'AZIENDA

Con delibera 709 del 2022 sono stati definiti gli obiettivi che la Regione ha fissato alle Aziende Sanitarie e che costituiranno riferimento anche per i periodi successivi.

Di seguito si rappresenta il quadro sinottico relativo al dettaglio degli obiettivi regionali.

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.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - DEA I e DEA II
		S.O.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - DEA I e DEA II
S.O.2	Perseguimento M6 C2 intervento 1.1 Grandi apparecchiature	S.O.2.1	Tempestività nel procedere a ordine di acquisto in gara Consip - Grandi apparecchiature
		S.O.2.2	Conclusione procedure di acquisto in corso al 30/04 - Grandi apparecchiature
S.O.3	Perseguimento M6 C2 intervento 1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile	S.O.3.1	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t1 2023 - ospedale sicuro
D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA			
S.D.1	Perseguimento M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA'	S.D.1.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Case della Comunità
		S.D.1.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - Case della Comunità
S.D.2	Perseguimento M6 C1 intervento 1.2.2 COT	S.D.2.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - COT
		S.D.2.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - COT
S.D.3	Perseguimento M6 C1 intervento 1.3 Ospedali di Comunità	S.D.3.1	Rispetto della rendicontazione bimestrale prevista da CIS - Ospedali di Comunità
		S.D.3.2	Percentuale di completamento delle milestone previste dal Piano Operativo Regionale con termini di esecuzione t 2022 e t1 2023 - 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.P.1.1	Adozione del piano strategico-operativo aziendale secondo le indicazioni DGR 187/22
S-PROCESSI DI SUPPORTO			
S.S.1	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	S.S.1.1	Indicatori di alimentazione FSE (IA1 bozza decreto interministeriale "Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni")
S.S.2		Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	S.S.2.1
	S.S.2.2		Completamento attività propedeutiche per avvio del SIO
S.S.3	Mantenimento indicatori di completezza, qualità e coerenza dei flussi	S.S.3.1	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza			
O-ASSISTENZA OSPEDALIERA			
A.O.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 1	A.O.1.1	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno



A.O.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 2	A.O.2.1	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario
A.O.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale 3	A.O.3.1	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui
A.O.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Ospedale	A.O.4.1	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali - Ospedale (*)

D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA

A.D.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 1	A.D.1.1	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
A.D.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 2	A.D.2.1	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
A.D.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Distretto 3	A.D.3.1	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per diabete
A.D.4	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto	A.D.4.1	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Distretto (**)

P-PREVENZIONE

A.P.1	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 1	A.P.1.1	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto
A.P.2	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 2	A.P.2.1	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
A.P.3	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 3	A.P.3.1	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino
A.P.4	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione 4	A.P.4.1	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita
A.P.5	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali- Prevenzione	A.P.5.1	Mantenimento obiettivi 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.1.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2022
		E.S.1.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici 2022
		E.S.1.3	Rispetto del limite di Costo IVD 2022
		E.S.1.4	Rispetto dei limiti di costo per DPC Farmaci 2022
		E.S.1.5	Rispetto dei limiti di costo per DPC Dispositivi Medici 2022
		E.S.1.6	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2022
		E.S.1.7	Rispetto del costo pro-capite Assistenza Integrativa 2022
		E.S.1.8	Rispetto del costo pro capite per Assistenza Protesica 2022
E.S.2	Perseguimento dell'efficienza finanziaria	E.S.2.1	Allineamento dati PCC e stock del debito scaduto (circolare MEF n. 17/22)
		E.S.2.2	Rispetto dei tempi di pagamento programmati (Indicatore di tempestività dei pagamenti)
		E.S.2.3	Incidenza % pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato
		E.S.2.4	Monitoraggio delle azioni previste nel Piano attuativo di certificabilità (PAC)
E.S.3	Sviluppo valutazioni su pianificazione degli investimenti	E.S.3.1	Rispetto delle indicazioni per la compilazione del Piano degli Investimenti
		E.S.3.2	Rispetto indicatori costo efficacia e costo efficienza definiti da Crite



E.S.4	Miglioramento processo di accreditamento	E.S.4.1	Garantire supporto al processo di accreditamento attraverso i valutatori aziendali nel rispetto del piano delle verifiche predisposto da Azienda Zero
E.S.5	Miglioramento gestione servizi di prenotazione	E.S.5.1	% di prestazioni prenotabili tramite servizi di interoperabilità CUP sul totale delle prestazioni individuate da Regione Veneto
		E.S.5.2	Progressivo aumento delle prenotazioni in interoperabilità sincrona
E.S.6	Ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie	E.S.6.1	Adesione e partecipazione al progetto regionale di miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie
E.S.7	Rispetto dei vincoli di costo del Personale	E.S.7.1	Rispetto degli obiettivi 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.8.1	% richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" puntualmente soddisfatte
E.S.9	Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza	E.S.9.1	Rispetto dei requisiti stabiliti per la soddisfazione degli 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.1.1	Recupero mobilità passiva / aumento mobilità attiva specifico per azienda sanitaria
Q.O.2	Sviluppo indagini di qualità percepita dai pazienti ricoverati (PREMs, PROMs, PaRIS)	Q.O.2.2	Avvio indagine PREMs
		Q.O.2.3	Avvio indagine PaRIS
Q.O.3	Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	Q.O.3.1	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia
		Q.O.3.2	Proporzione di IMA STEMI trattati con PTCA entro 0-1 giorni
		Q.O.3.3	Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118
		Q.O.3.4	Chiusura degli accessi di PS fast track da parte dello specialista
Q.O.4	Monitoraggio posti letto terapia intensiva	Q.O.4.1	Numero di segnalazioni per miglioramento tempestività e/o accuratezza da parte coordinamento terapie intensive
Q.O.5	Utilizzo appropriato degli emoderivati secondo le linee di indirizzo AIFA e CNS	Q.O.5.1	Predisposizione report emoderivati trimestrale, secondo il format definito
		Q.O.5.2	N° di pazienti valutati per il programma di Patient Blood Management (PBM)/N° di interventi chirurgici in elezione
Q.O.6	Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	Q.O.6.1	% di parti con almeno un evento avverso

D-ASSISTENZA DISTRETTUALE SANITARIA

Q.D.1	Gestione tempi d'attesa per prestazioni sanitarie	Q.D.1.1	Recupero prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale compresi screening come da Piano operativo ex DGR 162 del 22/02/2022
		Q.D.1.2	Rispetto dei tempi di attesa medi ricoveri chirurgici per ciascuna classe di priorità
		Q.D.1.3	Tempi medi specialistica 2022 per prestazioni con priorità B (escluso laboratorio) su prescritte ultimi 12 mesi
Q.D.2	Miglioramento assistenza domiciliare	Q.D.2.1	Attività propedeutiche all'implementazione dei sistemi informativi regionali: Cartella unica regionale di Cure Domiciliari e del Sistema informativo Continuità Assistenziale
		Q.D.2.2	Rispetto degli standard organizzativi previsti dalla DGR 1075/2017 ed adeguamento del modello
		Q.D.2.3	% anziani >=65 anni trattati in ADI
Q.D.3	Miglioramento presa in carico pazienti fragili	Q.D.3.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo dell'attività di telemedicina



		Q.D.3.2	COT: adeguamento alle funzioni previste con DGR 1103/2020 e da provvedimenti regionali in attuazione del PNRR e della programmazione regionale
		Q.D.3.3	Attuazione PDTA assunzione personale CSM previsto dalla DGR 371/2022
		Q.D.3.4	Adeguare l'organizzazione del personale dell' Unità Operativa per la tutela della salute della persone con limitazione della libertà agli standard definiti dalla DGR n. 1669 del 29 novembre 2021
		Q.D.3.5	Completamento programmazione residenziale extraospedaliera salute mentale prevista dalla DGR1673/18 e succ.
Q.D.4	Sviluppo degli ospedali di comunità	Q.D.4.1	Rispetto dei requisiti previsti per lo sviluppo degli Ospedali di comunità

T-ASSISTENZA DISTRETTUALE SOCIO SANITARIA

Q.T.1	Sviluppo offerta area anziani	Q.T.1.1	D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti
Q.T.2	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD)	Q.T.2.1	Partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer (Legge n. 178 del 30.12.2020, articolo 1 comma 330)
		Q.T.2.2	Delibera di adozione del Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) e della presa in carico del paziente Alzheimer
Q.T.3	Consolidamento del flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità	Q.T.3.1	FAD: % prese in carico con errore bloccante (misurazione nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini di invio)
Q.T.4	Implementazione dell'Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) - DGR 1215/21	Q.T.4.1	Rispetto delle linee di indirizzo per la costituzione delle equipe delle UFDA e misurazione degli indicatori di monitoraggio
Q.T.5	Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico	Q.T.5.1	Gioco d'azzardo patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA

P-PREVENZIONE

Q.P.1	Attivazione processi intersettoriali a sostegno del Piano regionale Prevenzione	Q.P.1.1	Costituzione e attivazione dei 6 tavoli intersettoriali aziendali previsti nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021
Q.P.2	Monitoraggio campagna vaccinazioni Covid	Q.P.2.1	Copertura vaccinale anti COVID nella popolazione come da indicazioni ministeriali
Q.P.3	Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	Q.P.3.1	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)
		Q.P.3.2	Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo completo sui tredicenni dell'anno di rilevazione)
Q.P.4	Aumentare la sicurezza sul lavoro in accordo con le Parti Sociali	Q.P.4.1	Sottoscrizione di accordi con le Parti Sociali per l'avvio di almeno 3 piani mirati di prevenzione nei settori produttivi a rischio
Q.P.5	Garantire la biosicurezza degli allevamenti	Q.P.5.1	Registrazione delle check list per la verifica della biosicurezza degli allevamenti

S-PROCESSI DI SUPPORTO

Q.S.1	Indagini di qualità del clima interno	Q.S.1.1	Avvio indagine Clima Interno
Q.S.2	Accelerazione del processo di alienazione dei beni del patrimonio disponibile	Q.S.2.1	Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2022-2024 per l'annualità 2022
Q.S.3	Risposta ai rilievi del Collegio Sindacale	Q.S.3.1	Azzeramento dei rilievi aperti e non superati nei verbali del Collegio Sindacale relativi alle proroghe contrattuali
Q.S.5	Miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici	Q.S.5.1	Potenziamento della raccolta dati di farmacovigilanza
		Q.S.5.2	Potenziamento della raccolta dati su dispositivo vigilanza



	Q.S.5.3	% di pazienti avviati al trattamento con farmaci soggetti a PT
	Q.S.5.4	D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici
	Q.S.5.5	Riduzione consumo di antibiotici sistemici > 5% in ambito ospedaliero rispetto al 2016
	Q.S.5.6	Pazienti con infezione confermata da HCV avviati al trattamento
	Q.S.5.7	Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica

Gli obiettivi aziendali 2022, che traggono riferimento dal quadro sinottico degli obiettivi triennali, vengono declinati nei budget delle Unità Operative per l'anno 2022, e nella scheda di budget raggruppati in aree di afferenza:





3.2 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

In questa sezione si riportano le linee di indirizzo ed i contenuti già descritti nella delibera del direttore generale n. 727 del 28/04/2022 recante "Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024."



3.2.1 Fasi di Elaborazione del Piano

Obiettivo prioritario del Piano è la realizzazione di un sistema organico di azioni e misure per prevenire il rischio corruttivo nell'ambito di tutti i processi amministrativi e socio-sanitari.

Il RPCT sarà coadiuvato anche nel 2022 dal gruppo di supporto (v. punto 10.9) come previsto anche nei Piani precedenti; nel gruppo di supporto sono rappresentati i diversi settori organizzativi e gestionali dell'Azienda, in modo da costituire una rete permanente, funzionale non soltanto alla predisposizione e agli aggiornamenti annuali del Piano, ma anche e soprattutto al monitoraggio dell'attuazione delle misure in esso contenute e alla diffusione della cultura della trasparenza e della legalità.

3.2.2 Mappatura dei processi

La mappatura di tutti i processi aziendali rappresenta uno degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale. L'attività svolta da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è stata classificata in un apposito elenco che contiene la descrizione del macroprocesso, dei processi, dei rischi specifici, delle misure adottate per il loro contenimento e del monitoraggio delle stesse. L'elenco costituisce l'**allegato B** del Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza 2022-2024.

Nel corso del 2022 si potrà procedere anche all'eventuale aggiornamento della mappatura dei processi contenuti nel Piano. Si confida di poter realizzare tale attività in stabile collaborazione con la struttura aziendale che ha partecipato al progetto regionale di mappatura dei processi ai fini dell'Internal Audit. L'analisi sarà eseguita con la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, per condividere l'identificazione, la descrizione e la valutazione dei processi di rispettiva pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Per l'attuale Piano si è provveduto a mappare 100 processi. Tutta l'attività svolta dalle strutture sarà soggetta al coordinamento e alla validazione da parte del RPCT, che verificherà la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, avvalendosi dell'Internal Audit, del Gruppo di supporto RPCT e d'intesa con la Direzione Aziendale.

3.2.3 Il monitoraggio del PTPC e delle misure adottate

Il processo di gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione di tutte le fasi di gestione del rischio tenuto conto delle azioni di risposta alle misure di prevenzione introdotte. Questa fase si svolgerà in due occasioni nel corso del 2022: a giugno 2022 con riferimento al primo semestre e a dicembre 2022 con riferimento all'intero anno.

3.2.4 Soggetti della Prevenzione della Corruzione: compiti e responsabilità

Partecipano alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità ed al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:



Il Direttore Generale

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ne dà comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- assicura al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, nonché gli atti volti a garantire il necessario coordinamento e collegamento tra il Piano e gli altri atti di programmazione aziendale.

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, dei Programmi Triennali di Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica le sanzioni previste dalla normativa in essere.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: nomina e ruolo

Il RPCT è il dott. Domenico Bagnara, nominato con Delibera del Direttore Generale n. 419 del 16/03/2022, che succede al dott. Antonio Baccan, nominato nel 2021 direttore dell'UOC Affari Generali. Alla luce del nuovo incarico ed ai connessi compiti affidati al dott. Baccan cui afferiscono, per natura dell'Ufficio, anche procedimenti che riguardano soggetti esterni all'Azienda, motivi di opportunità, di rigore e di terzietà hanno indotto la direzione a procedere alla nomina di un nuovo RPCT individuato nel dott. Domenico Bagnara, già direttore dell'UOC Controllo di Gestione.

Ai sensi della Legge 190/2012 e per quanto esplicitato nel PNA 2019 parte IV e nell'allegato 3 al PNA 2019, il RPCT assume, tra l'altro, i compiti di seguito indicati:

- elabora, predispone e/o aggiorna la proposta di PTPC che sottopone al Direttore Generale per l'approvazione entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8, Legge 190/2012), per quello attuale scadenza prorogata al 30/04/2022;
- provvede alla verifica dell'efficace attuazione del PTPC, nonché a proporre la modifica dello stesso, quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda (art. 1, comma 10, Legge 190/2012);
- in materia di *whistleblowing*, riceve e prende in carico le segnalazioni, pone in essere gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute" (art. 54-bis, comma 6 D.Lgs. 165/2001, modificato da L. 179/2017);
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa in materia di trasparenza, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (art. 43, comma 1, D.Lgs. 33/2013);
- collabora con il Responsabile del controllo interno;
- segnala alla Direzione Aziendale, all'OIV e all'ANAC le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica all'UPD i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza (art. 1, comma 7, Legge 190/2012; art. 43, comma 1, D.Lgs. 33/2013);
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare, ai sensi dell'art. 1, comma 10 della Legge 190/2012, i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla



- corruzione (art. 1 comma 8, Legge 190/2012);
- provvede a individuare il personale da inserire nei programmi di formazione di cui all'art. 1, comma 11, della Legge 190/2012 (art. 1 comma 10, Legge 190/2012);
 - verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, Legge 190/2012);
 - entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo proroghe concesse dall'ANAC), trasmette all'OIV e alla Direzione Aziendale una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la pubblica nel sito aziendale. Nei casi in cui la Direzione Aziendale lo richieda o qualora il RPCT lo ritenga opportuno, riferisce sull'attività svolta (art. 1, comma 14, Legge 190/2012);
 - cura, anche attraverso le disposizioni contenute nel presente Piano, che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (art. 15, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
 - cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'Azienda e il monitoraggio annuale sulla sua attuazione, la pubblicazione nel sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei risultati del monitoraggio (art. 15, comma 3, D.P.R. 62/2013);
 - è destinatario delle istanze di accesso civico "semplice" finalizzate a richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni e dati previsti normativamente (art. 5, co. 1, D.Lgs. 33/2013). Inoltre, valuta le richieste di riesame delle istanze di accesso civico (art. 5 commi 7e 9, D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016).

Resta invariata una serie di funzioni proprie del RPCT, già introdotte dal PNA 2016, che qui di seguito si riportano:

- assume anche l'incarico di Responsabile della trasparenza;
- la durata del suo incarico è fissata tenendo conto della non esclusività della funzione ed è correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale già svolto;
- vi è un'estensione generalizzata di doveri di segnalazione all'ANAC di misure discriminatorie -quindi non più solo in caso di revoca -nei confronti del RPCT comunque collegate allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art.15, c. 3 D.Lgs. n. 39/13;
- permane l'esclusione della responsabilità del RPCT nei casi di ripetute violazioni, qualora lo stesso possa provare «di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano»;
- al RPCT deve essere fornito l'adeguato supporto conoscitivo e operativo, dotandolo di struttura organizzativa adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito;
- devono essere assicurati al RPCT poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione nell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse;
- è necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT, tra cui le rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal D.Lgs. 97/2016. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura può essere a disposizione di chi si occupa di misure di miglioramento delle funzionalità dell'Amministrazione (es. controlli interni, strutture di audit, strutture che curano la redazione del Piano della Performance);
- il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e



aggiornamento dell'Anagrafe Unica Responsabile Stazioni Appaltanti (RASA) e ad indicarne il nome nel PTPC.

Il RPCT risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e adozione delle misure di prevenzione, nonché del programma di formazione dei dipendenti, sui temi della prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il RPCT non risponde della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione ove dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. Nell'esercizio della sua attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione segnala all'OIV e, nei casi più gravi, all'UPD il mancato o ritardato adempimento da parte dei dirigenti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati.

Nel caso in cui, all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, è prevista per il RPCT una responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa, oltre che per danno erariale e all'immagine, salvo che il medesimo non provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul suo funzionamento e osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

I Dirigenti

La legge 6 novembre 2012, n. 190, affianca all'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione anche l'attività dei Dirigenti dell'Area Tecnico Amministrativa e in via subordinata dell'Area Sanitaria. Ad essi sono affidati poteri propositivi e di controllo e sono attribuiti obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. Anche il PNA 2019, parte II, paragrafo 4, sottolinea l'importanza dell'apporto dei Responsabili degli uffici per la predisposizione di un Piano efficace. Infatti, lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione presuppone il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale che lavora nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Il successo dell'attività di prevenzione della corruzione è raggiungibile solo attraverso un'azione combinata dei singoli Responsabili con il RPCT secondo un processo bottom up in sede di formulazione delle proposte e top down per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ha il compito di coinvolgere tutti i Dirigenti dell'Azienda sia nella fase della mappatura ed analisi dei rischi connessi all'attività di competenza di ciascuno, sia nella fase dei conseguenti provvedimenti attuativi.

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

- partecipare al processo di gestione del rischio;
- concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti (art. 16, comma 1, lettera I-bis, D.Lgs. 165/2001);
- fornire le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulare specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16, comma 1, lettera I-ter, D.Lgs. 165/2001);
- provvedere al monitoraggio delle attività dell'ufficio a cui sono preposti, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruttivo, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art. 16, comma 1, lettera I-quater, D.Lgs. 165/2001);
- rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT e prestare collaborazione al RPCT (art. 8, D.P.R. 62/2013);
- assicurare l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo all'Azienda, prestando



la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati/informazioni e documenti oggetto di obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale (art. 9, D.P.R. 62/2013);

- garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge (art. 43, comma 3, D.Lgs. 33/2013; delibera ANAC n. 1310/2016, sostitutiva della Delibera CIVIT n. 50/2013);
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione (art. 15, D.P.R. 62/2013), avviando i procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55-bis, D.Lgs. 165/2001);
- controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico (art. 43, comma 4, D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016);
- verifiche in ordine al rispetto della normativa sul conflitto d'interessi.

L'assolvimento dei compiti di cui sopra costituirà obiettivo in sede di negoziazione di budget per i Dirigenti responsabili di struttura.

Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA). Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano delle singole Amministrazioni, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. Nell'Azienda ULSS 3 Serenissima il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) è il dr. Benzon Giuseppe Direttore f.f. della UOC Provveditorato, Economato e Logistica.

Internal Auditing

Con deliberazione della Giunta regionale del Veneto n. 231 del 6 marzo 2018, in attuazione di quanto previsto nella precedente deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1122 del 19 luglio 2017, sono state approvate le "Linee guida di indirizzo per l'espletamento della funzione di Internal Audit di Azienda Zero e delle Aziende sanitarie del Veneto", in cui sono state rappresentate le finalità, i poteri, le responsabilità in capo alla struttura organizzativa UOC Internal Audit e Controlli nelle Aziende SSR di Azienda Zero e delle Funzioni di Internal Auditing delle Aziende sanitarie del Veneto, che afferiscono alle Direzioni Amministrative.

Con nota protocollo n.11304 del 14 aprile 2022 l'UOC Internal Audit e Controlli delle Aziende del SSR di Azienda Zero, ha trasmesso alle Aziende Sanitarie le "Linee guida per la predisposizione del Piano triennale di Audit 2022-2024".

Nel documento viene fatto riferimento alla necessità di un raccordo con le azioni che devono essere svolte in collaborazione con il RPCT in fase di Audit per gli aspetti di rischio di frode, in particolare nella stesura delle osservazioni e nella proposta del piano di azioni a contenimento del rischio in oggetto.

Le attività di Internal Auditing dovranno quindi avere stretta correlazione con le iniziative contenute nel presente Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

I Dipendenti: responsabilità e sanzioni

Lo svolgimento della politica di prevenzione della corruzione nell'ambito dell'Amministrazione impone il coinvolgimento anche di tutti i dipendenti dell'Azienda.

In particolare, i dipendenti hanno i seguenti obblighi:

- osservare le misure contenute nel PTPCT e prestare la loro collaborazione al RPCT (art 8, comma 1, D.P.R. 62/2013);



- conformare il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice Aziendale di comportamento;
- segnalare le situazioni di illecito al proprio superiore gerarchico o all'UPD (art. 54-bis, D.Lgs. 165/2001; art. 8, comma 1, D.P.R. 62/2013);
- segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6-bis, Legge 241/1990; artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013);
- assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente garantendo la massima collaborazione (art. 9, comma 1, D.P.R. 62/2013).

Tutto il personale dell'Azienda è quindi tenuto all'osservanza delle norme anticorruzione e tutte le unità operative devono fornire il loro apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del presente Piano della prevenzione della corruzione.

Le norme sanzionatorie sono quelle vigenti per i dipendenti della Pubblica Amministrazione, previste dal D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii. e dalle norme contrattuali.

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

L'UOS Contenzioso, Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari

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

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55-bis, D.Lgs.165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art.1, comma 3, Legge 20/1994; art. 331 C.P.P.), precisando che le comunicazioni possono riguardare solo gli episodi di cui l'ufficio viene a conoscenza in quanto il c.p. prevede che l'obbligo di denuncia è in capo ad ogni pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio qualora venga a conoscenza di un reato.

Come previsto dal Codice di comportamento aziendale, l'UO svolge inoltre ulteriori attività; in particolare verifica lo stato di attuazione del Codice stesso, vigilando e monitorando sulla sua applicazione e proponendone il relativo aggiornamento, sulla base della casistica aziendale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

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

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione e della trasparenza nello svolgimento dei propri compiti;
- promuove e attesta annualmente l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza individuati da ANAC e oggetto di attestazione da parte dello stesso OIV (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009;
- in relazione a casi di inadempimento degli obblighi di pubblicazione segnalati dal RPCT ai sensi dell'art. 43, D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016, attiva le dovute forme di responsabilità;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento aziendale (art. 54, comma 5, D.Lgs. 165/2001).



Il Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 (Freedom of Information Act - FOIA) ha rafforzato le funzioni già affidate all'Organismo Indipendente di Valutazione in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Il nuovo comma 8 bis dell'art. 1 L. 190/2012 come modificato dal D.Lgs. 97/2016 prevede che l'OIV verifichi, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i Piani triennali per la prevenzione della corruzione e trasparenza siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico- gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. L'OIV verifica, inoltre, i contenuti della Relazione, di cui al comma 14 dello stesso articolo, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza.

A tal fine, l'OIV può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Gruppo di supporto all'RPCT

L'elenco che segue rappresenta la composizione del Gruppo di supporto al RPCT che coadiuva l'RPCT nelle funzioni di analisi e gestione del rischio. L'elenco, già individuato nei PTPCT degli anni precedenti, comprende le funzioni aziendali maggiormente interessate dagli adempimenti della Trasparenza e dai possibili rischi di corruzione.

Dipartimento di Prevenzione
UOS Contenzioso Assicurazioni e Procedimenti Disciplinari
UOC Affari Generali
UOC Contabilità e Bilancio
UOC Controllo di Gestione
UOC Direzione Amministrativa del Territorio
UOC Gestione Risorse Umane
UOC Provveditorato, Economato e Logistica
DMPO Chioggia
DMPO Mirano-Dolo
DMPO Mestre
DMPO Venezia
Referente Privacy aziendale
UOC Direzione Amministrativa Ospedale
UOC Farmaceutica Territoriale
UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali
UOC Sociale
UOSD Formazione

Collaboratori a vario titolo

Il presente Piano si applica oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione, del collegio sindacale e dell'OIV, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:



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

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

È fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.

3.2.5 Misure di riduzione del rischio

La formazione del personale - art. 1, c. 9, lett. b) L. 190/2012

L'Azienda, all'interno del Piano di Formazione Aziendale, adotterà un apposito programma per la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione. Il Piano Annuale di Formazione dovrà prevedere percorsi formativi differenziati che riguardano rispettivamente concetti generali e contenuti più prettamente specifici in relazione alla tipologia di attività svolta dagli Uffici aziendali. Il piano di formazione, definito con il responsabile della formazione e dell'aggiornamento, segue un approccio sia normativo-specialistico che valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, riguardare tanto le norme penali in materia di reati contro la pubblica Amministrazione (norme in materia di trasparenza e integrità, anticorruzione, Codici disciplinare e di comportamento dei pubblici dipendenti, normativa e regolamento per la disciplina dell'attività in libera professione), quanto gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, oltre ad ogni altra tematica che si ritenga utile e opportuna per prevenire e contrastare la corruzione in Azienda.

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

L'attività formativa di livello generale dovrà avere ad oggetto le seguenti materie:

- normativa in materia di prevenzione della corruzione, contenuti e finalità del Piano Nazionale Anticorruzione e del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- etica e legalità;
- reati contro la pubblica Amministrazione;
- Codici di comportamento e disciplinari, conflitto di interesse e obbligo di astensione e conseguenti sanzioni in caso di violazione, segnalazione di illeciti;
- conferimento e autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali.

La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dal presente Piano.

A causa dell'emergenza epidemica, nel corso del 2021, non è stato possibile realizzare l'intervento formativo in tema di trasparenza e anticorruzione previsto nel Piano di Formazione Aziendale ed



intitolato “Approfondimento della normativa in tema di Trasparenza e dei relativi adempimenti da parte delle P.A. che è stato riprogrammati nel secondo semestre 2022.

Inoltre, si ritiene opportuno considerare anche l’opportunità di avviare il progetto di formazione “Syllabus” che persegue l’obiettivo di consolidare e promuovere le competenze digitali dei dipendenti pubblici per migliorare la qualità dei servizi erogati.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza individua nelle persone, prima ancora che nelle tecnologie, il motore del cambiamento e dell’innovazione nella pubblica amministrazione. “Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese” è il Piano strategico per la valorizzazione e lo sviluppo delle competenze dei dipendenti della pubblica amministrazione.

Attraverso il portale attivato, le amministrazioni che aderiranno all’iniziativa, consentiranno ai proprio dipendenti di fruire di una formazione sulle competenze digitali relative alle 5 aree descritte nel Syllabus, individuata a partire dall’autovalutazione delle conoscenze individuali.

Trasparenza e pubblicazione degli atti - art. 1, c. 9, lett. f), L. 190/2012

La trasparenza si configura come una posizione giuridica di obbligo per la pubblica Amministrazione e di diritto per i cittadini; tale diritto verte non solo nel poter apprendere dati e informazioni, ma anche di estrarli, estrapolarli e rielaborarli per farne diverso ed ulteriore utilizzo (decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*).

Il sistema fondamentale per il controllo a carattere sociale delle decisioni nelle materie sensibili alla corruzione e disciplinate dal presente Piano si realizza mediante la pubblicazione delle informazioni nel sito dell’Azienda. Le informazioni pubblicate devono essere rese in formato aperto e liberamente consultabile, e redatte secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità linguistica e di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d’ufficio e di protezione dei dati personali.

Tutela del dipendente che segnala illeciti (Whistleblowing)

In lingua inglese, la locuzione whistleblower (“soffiatore di fischiotto”) identifica un individuo che denunci pubblicamente o riferisca alle autorità attività illecite o fraudolente all’interno di una struttura pubblica o privata. Spesso i whistleblower, spinti da elevati valori di moralità ed altruismo, si espongono singolarmente a ritorsioni, rinvase, azioni vessatorie, da parte dell’istituzione o azienda destinataria della segnalazione o singoli soggetti ovvero organizzazioni responsabili ed oggetto delle accuse, venendo sanzionati disciplinarmente, licenziati o minacciati fisicamente.

Nel 2018 l’Ulss 3 ha adottato il regolamento per la segnalazione degli illeciti e per la tutela del dipendente pubblico aggiornato con le novità introdotte dalla L. 179/2017, con la delibera n.1789 del 21/9/2018 che costituisce una prima soluzione transitoria pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente (<https://www.aulss3.veneto.it/Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dellillegalit>) che prevedeva la segnalazione per posta ordinaria, per posta interna o via email a un indirizzo dedicato appositamente costituito e gestito dall’Ufficio Trasparenza e Anticorruzione: segnalazioneilleciti@aulss3.veneto.it.

Nel 2019 è stata avviata la soluzione informatica (WhistleblowingPA) per l’invio delle segnalazioni on line, direttamente dal sito internet aziendale, dalla pagina <https://www.aulss3.veneto.it/Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dellillegalit>, con modalità tali da assicurare la riservatezza dei dati del segnalante, come prescritto dalla normativa.

Nel corso del 2021 non sono pervenute segnalazioni di whistleblower attraverso la piattaforma informatica dedicata di cui sopra.



Segnalazioni e controlli disciplinari e ispettivi

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione è tempestivamente informato degli eventuali comportamenti e delle condotte illecite (o comunque in violazione del codice di comportamento e disciplinare) che le competenti strutture aziendali dovessero rilevare.

Allo stesso modo egli è informato degli eventuali profili di irregolarità evidenziati dalle verifiche sulle autorizzazioni delle attività extra-istituzionali, e sulla vigilanza in materia di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi.

Inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni

Per quanto riguarda il SSN il D.Lgs. 39/2013 si applica ai vertici aziendali (incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore dei Servizi Sociali). La verifica della veridicità della dichiarazione resa dal Direttore Generale compete alla Regione che lo nomina. L'Autorità ha adottato Linee Guida relative al ruolo ed alle funzioni del RPCT nel procedimento di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità (Delibera ANAC 833 del 2016). L'attività di verifica in materia di inconfiribilità e incompatibilità è rimessa prioritariamente al RPCT, che, come dispone l'art. 15 del D.Lgs 39/2013, "cura, anche attraverso le disposizioni del piano anticorruzione, che nell'amministrazione, ente pubblico e ente di diritto privato in controllo pubblico siano rispettate le disposizioni del presente decreto sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi [...]". La Delibera ANAC n. 1146/2019 ha esteso anche ai dirigenti dell'area PTA l'obbligo di dichiarazione di incompatibilità.

Rotazione negli incarichi a rischio di corruzione - art. 1, c. 10, lett. b), L. 190/2012

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, assume particolare rilievo l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio. Va innanzitutto specificato che l'istituto della rotazione ordinaria differisce da quello della rotazione straordinaria. Il primo istituto è contemplato dall'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 190/2012, il quale prevede che le pubbliche amministrazioni debbano definire e trasmettere ad ANAC «*procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari*». Della rotazione ordinaria tratta diffusamente l'Allegato 2 al PNA 2019.

Il secondo istituto è invece previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «*del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*».

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi utenti. Il principio di rotazione si applica – compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali – prevedendo che nei settori più esposti a rischio di corruzione siano alternate le figure dei responsabili di procedimento, nonché dei componenti delle commissioni di gara e di concorso.

Poiché non sempre la rotazione è misura di facile realizzazione, lo stesso Allegato 2 al PNA 2019 elenca una serie di misure alternative atte a scongiurare che i soggetti non sottoposti a rotazione abbiano il controllo esclusivo dei processi. Tra queste:

- la previsione, da parte del dirigente, di modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio;



- la previsione di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento, facendo sì che più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- la previsione di una rotazione "funzionale" da attuarsi con la modifica periodica dei compiti;
- la realizzazione di una collaborazione tra diversi ambiti, che favorirebbe, in prospettiva, una rotazione degli incarichi.

Per il personale dirigenziale, l'Azienda ULSS 3 Serenissima conferisce comunque incarichi la cui durata è fissata dalle disposizioni contrattuali. Nel corso dell'anno 2021 è stata effettuata la rotazione di 6 dirigenti nella sola area amministrativa come misura di prevenzione del rischio.

Il RPCT adotterà il monitoraggio sull'attuazione delle misure di rotazione e sulle misure alternative acquisendo apposite relazioni dai dirigenti delle strutture interessate dalle misure.

3.2.6 Astensione in caso di conflitto di interessi

L'art. 1, comma 41, della legge n. 190 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

La norma contiene due prescrizioni:

- è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;
- è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR n. 62/2013. L'art. 7 del citato decreto prevede infatti che "Il dipendente si astiene 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, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

Conformemente al D.P.R 16 aprile 2013, n. 62, che impone l'adozione di un proprio **Codice di comportamento** da parte delle amministrazioni, l'Azienda ULSS 3 Serenissima ha adottato il codice aziendale di comportamento con Deliberazione n. 2069 del 2 novembre 2018 (<https://www.aulss3.veneto.it/Codice-disciplinare-e-codice-di-condotta>). Il codice aziendale dedica specificatamente al conflitto di interessi l'art. 9, rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse", e riporta, secondo le raccomandazioni di ANAC contenute nel PNA 2019, la procedura aziendale di gestione dei conflitti di interessi, a cui si rimanda. L'ambito di applicazione è esteso, oltre che ai dipendenti, ad altre categorie di personale, compresi i "collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo" (art. 2, comma 3, lett. h).

Si evidenzia che l'UOC Gestione Risorse Umane provvede alla consegna del codice aziendale di comportamento a tutti i neoassunti contestualmente alla sottoscrizione del contratto.

Il codice aziendale di comportamento prevede, tra le altre cose:



- l'individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale;
- elencazione delle casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi.

3.2.7 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

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

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i referenti devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'Azienda per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali *intra-moenia* o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;
- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'Azienda nei confronti del personale dipendente o comunque operante presso l'Ulss;

Tutti i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Referenti delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e ai fini della responsabilità disciplinare.

I compiti attribuiti al Responsabile non sono delegabili e l'incarico di responsabile è rinnovabile a seguito di valutazione positiva.

Il RPCT per l'espletamento dell'attività continuerà ad avvalersi:

- di una struttura amministrativa di supporto;
- della collaborazione dei Coordinatori per la prevenzione della corruzione, individuati fra i dirigenti responsabili (o loro delegati) di tutte le strutture aziendali.

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento, in particolare:



- ai sensi dell'art. 1, comma 8, della legge 190/2012, "la mancata predisposizione del piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale";
- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012, il Responsabile della Prevenzione "In caso di commissione, all'interno dell'Amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, risponde ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica Amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:
 - a) di aver predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;
 - b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano".

3.2.8 Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza

Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto-legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto-legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle amministrazioni pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:

- di studio e di consulenza;
- dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

Il divieto si estende a qualsiasi lavoratore collocato in quiescenza, indipendentemente dalla natura del precedente datore di lavoro e del soggetto che corrisponde il trattamento di quiescenza.

Tra gli incarichi vietati rientrano tutti gli incarichi dirigenziali, compresi quelli di cui all'art. 19, comma 6, del D.Lgs. 165/2001 e da disposizioni analoghe.

Tra gli incarichi direttivi, rientrano nel divieto tutti quelli che implicano la direzione di uffici e la gestione di risorse, quali quelli di direttore scientifico o sanitario.

Tra le cariche in organi di governo di amministrazioni e di enti e società controllate, fatte salve le ulteriori specifiche esclusioni previste da altre norme di legge, rientrano quelle che comportano effettivamente poteri di governo, quali quelle di presidente, amministratore o componente del consiglio di Amministrazione, indipendentemente dalla qualifica in virtù della quale il soggetto in quiescenza sia stato nominato (es. in qualità di esperto o rappresentante di una determinata categoria).

Il divieto opera anche nel caso in cui la nomina sia stata preceduta dalla designazione da parte di un soggetto diverso dall'Amministrazione nominante.

Gli incarichi di studio e consulenza sono quelli che presuppongono competenze specialistiche e rientrano nelle ipotesi di contratto d'opera intellettuale di cui agli artt. 2229 e seguenti del codice civile.

I divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014 operano indipendentemente dalla fonte del finanziamento con la quale gli interessati sono retribuiti.

Tra le ipotesi che non rientrano nei divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014, la circolare n. 6/2014 del Ministro per la semplificazione e la pubblica Amministrazione, indica:

- gli incarichi che non comportino l'esercizio di funzioni dirigenziali o direttive e che abbiano oggetto diverso da quello di studio o consulenza;
- gli incarichi professionali, quali quelli inerenti ad attività legale o sanitaria, non aventi carattere di studio o consulenza;
- gli incarichi di ricerca conferiti sulla base di un programma preventivamente definito



dall'Amministrazione, fermo restando i limiti posti da altre disposizioni e, in particolare, dall'art. 25 della legge 724/1994;

- gli incarichi di docenza, in cui l'impegno didattico sia definito con precisione e il compenso sia commisurato all'attività didattica effettivamente svolta;
- gli incarichi nelle commissioni di concorso e di gara;
- la partecipazione ad organi collegiali consultivi, a commissioni consultive e comitati scientifici o tecnici che non dia di fatto luogo a incarichi di studio o consulenza o equiparabili a incarichi direttivi o dirigenziali;
- gli incarichi in organi di controllo, quali i collegi sindacali e i comitati dei revisori, purché non abbiano natura dirigenziale.

Quanto sopra è stato confermato dalla Regione Veneto con DGR 359 del 26/3/2019.

Va aggiunto che, nel corso del 2020 e del 2021, è stata approvata dal legislatore una copiosa normativa speciale tesa ad affrontare lo stato di grave emergenza sanitaria dettato dalla pandemia da COVID 19. Tale normativa ha introdotto la possibilità di richiamare in servizio mediante contratti di co.co.co. o contratti libero professionali il personale sanitario e medico già collocato in quiescenza necessario ed indispensabile per affrontare le situazioni di carenza d'organico nonché per affrontare adeguatamente la campagna vaccinale di tutta la popolazione. Tale normativa prevede una deroga espressa alle disposizioni sopra richiamate per tutta la durata dello stato d'emergenza sanitario.

3.2.9 Aree di rischio indicate dal PNA

Area generale di rischio contratti pubblici: acquisti in ambito sanitario

L'ANAC raccomanda il rafforzamento della trasparenza nel settore acquisti mediante l'inserimento di un set di dati da pubblicare sul sito istituzionale delle stazioni appaltanti e di un set di dati minimi da riportare nella determina a contrarre, nel contratto e in tutti gli ulteriori atti connessi all'appalto (atto di proroga, di rinnovo, di variante, ecc.), fermi restando gli obblighi di pubblicazione previsti dalla legislazione vigente.

Set di dati per determina:

- presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di *global service* comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sottosoglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/*una tantum*), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP.



3.2.10 Conferimento incarichi

L'ambito di attività relativo al conferimento degli incarichi, alla valutazione o alla revoca o conferma degli stessi, si configura, nel servizio sanitario, tra le aree a "rischio generali".

L'Ulss 3 considera di particolare importanza assicurare la massima trasparenza negli incarichi di:

- a) direzione di struttura complessa;
- b) direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- c) direzione di struttura semplice;
- d) natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e) natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

La trasparenza fa riferimento al set minimo di misure previste dal PNA 2016.

Set di dati per incarichi di Struttura Complessa (Direttore di dipartimento):

- a) esplicitazione, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) predeterminazione dei criteri di scelta e, ove non sussista apposita disciplina regionale, ai sensi dell'art. 17 bis, co. 3, del D.Lgs. 502/1992, esplicitazione delle modalità di partecipazione del Comitato di Dipartimento alla individuazione dei Direttori di Dipartimento;
- c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali, ai compiti affidati e alla pregressa performance della struttura dipartimentale, al fine di delineare il perimetro di valutazione rispetto anche al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento che la struttura si pone;
- d) pubblicazione degli atti del procedimento con evidenziazione di quanto previsto ai punti a) e b).

Set di dati per incarichi di Struttura Complessa (Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero):

- a) avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
- b) costituzione della commissione selezionatrice;
- c) predeterminazione dei criteri di selezione;
- d) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- e) pubblicazione degli atti del procedimento.

Set di dati per incarichi di Struttura Semplice (UOS) e Struttura Semplice Dipartimentale (UOSD):

- a) verifica, all'interno degli atti del procedimento, della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale;
- b) pubblicazione delle unità operative semplici per le quali va conferito l'incarico (è auspicabile che le funzioni delle UOS vengano qualificate nell'ambito di atti di organizzazione in modo tale che i requisiti degli aspiranti di cui al punto successivo trovino nei citati atti la loro motivazione);
- c) avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano stati esplicitati i requisiti soggettivi degli aspiranti;
- d) costituzione della commissione selezionatrice;



- e) predeterminazione dei criteri di selezione;
- f) misure di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza, della rosa degli idonei;
- g) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
- h) esplicitazione della motivazione alla base della scelta della durata dell'incarico più o meno lunga all'interno del minimo/massimo previsto (la durata degli incarichi dovrebbe essere definita non volta per volta ma in modo "standard", oppure la stessa dovrebbe essere esplicitamente collegata a provvedimenti di programmazione);
- i) pubblicazione degli atti del procedimento.

Incarichi conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992

La tipologia di incarichi di cui al presente paragrafo rappresenta, tra le fattispecie descritte, quella che verosimilmente più si caratterizza per la prevalente natura discrezionale della procedura di affidamento dell'incarico.

Tali procedure di reclutamento delle professionalità necessarie/carenti, possono conferire carattere di instabilità all'organizzazione se dovessero comportare un eccessivo numero di assunzioni in deroga alle ordinarie procedure concorsuali.

Set minimo di misure:

- a) pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;
- b) esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
- c) esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione. Inoltre, per le medesime ragioni connesse all'eccezionalità del ricorso a tale tipologia di incarico, le amministrazioni sanitarie destinatarie del presente Piano, dovranno attribuire al soggetto esclusivamente l'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura in relazione ai requisiti ed alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta. La durata dell'incarico di cui alla lettera a) deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi.

Autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale

Verrà posta attenzione all'esecuzione del rafforzamento dei controlli, in particolare il procedimento autorizzativo, per la verifica dei requisiti nella fase pre-autorizzativa e, successivamente, con controlli anche a campione e senza preavviso, sul mantenimento degli stessi, con frequenza almeno annuale.

Le dichiarazioni rese per la fase autorizzativa valgono analogamente per la fase dell'accreditamento, nella considerazione che per accedere a questo riconoscimento "di qualità", ampliativo della sfera giuridica del soggetto, è d'obbligo l'accertamento del possesso e del mantenimento di requisiti "ulteriori" stabiliti dalla normativa vigente in tema di accreditamento istituzionale.

In questa fase, infatti, oltre a fattori strutturali, tecnologici e organizzativi, si aggiungono requisiti di qualità e di organizzazione necessari per garantire prestazioni sanitarie per conto del SSR.

Oltre a quanto previsto dalle disposizioni normative, in particolare, dall'art. 41 del D.Lgs. 33/2013 nonché dalla l. 190/2012, art. 1, co. 15 e 16, lett. a), si considerino anche la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza nel rispetto relativamente:

- alla pubblicazione dell'elenco dei soggetti autorizzati;
- agli esiti delle attività ispettive.

Oltre ai controlli ordinari sui requisiti, si può prevedere la definizione di un piano di controlli concomitanti oggetto di misura di prevenzione, all'interno dei PTCP, d'intesa con il Nucleo Aziendale di Controllo.

Comodati d'uso/valutazione "in prova"

Un'attenzione particolare va rivolta ad alcune particolari modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione sanitaria, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi un fenomeno non trascurabile. E' necessario quindi garantire ogni forma di pubblicità quale misura di rafforzamento della trasparenza.

Gestione tempi e liste di attesa e attività libero professionale intra moenia

L'Azienda Ulss 3 Serenissima considera di particolare importanza il rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, per il fatto che i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell'utente finale. In tal senso si assicura la trasparenza delle liste di attesa come indicato dall'art. 41, c.6, D.Lgs. 33/2013, mediante la pubblicazione anche dei criteri di formazione delle stesse liste.

L'Azienda Ulss 3 ha consolidato le misure indicate dal PNA 2016 come condizioni imprescindibili di buona Amministrazione e di efficienza organizzativa, compatibilmente con le azioni adottate nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Veneto per:

- informatizzazione delle agende di prenotazione delle aziende sanitarie;
- separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- unificazione del sistema di gestione delle agende di prenotazione nell'ambito del Centro Unico di Prenotazione (CUP), facilmente accessibile (es. *call center*, sportelli aziendali, rete delle farmacie, ecc.) con l'integrazione tra pubblico e privato almeno per quanto attiene la prima visita e i *follow up* successivi; il nuovo sistema informativo ospedaliero, in fase di prossimo avvio da parte della Regione, consentirà di avere un unico ambiente di prenotazione a livello aziendale invece delle attuali tre procedure CUP (derivanti dalle ex Ulss che sono confluite nell'Ulss Serenissima);
- utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o controllo).

Pianificazione triennale

Il Piano della prevenzione della corruzione, che ha una durata di tre anni, presuppone delle specifiche attività da realizzare ogni anno. Di seguito vengono definite le principali azioni programmate nel corso del triennio.

Anno 2022		
Competenza	Data	Attività
Direttore Generale	30 aprile 2022	Approvazione del PTPCT - Piano



		Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT)	Entro maggio 2022	Comunicazione del Piano ai Responsabili ed ai dipendenti dell'Azienda
RPCT in collaborazione con il Direttore della Formazione	Giugno 2022	Programma di Formazione
Dirigenti aree a rischio	Giugno e dicembre 2022	Monitoraggio dei rischi
RPCT	31 dicembre 2022	Relazione attività svolta

Dal prossimo esercizio, i contenuti confluiranno nel PIAO che dovrà essere redatto entro la nuova tempistica fissata al 31 gennaio e secondo lo schema tipo ministeriale in corso di adozione, fatto salvo eventuali nuove diverse disposizioni normative.

3.2.11 Trasparenza e l'Integrità

Premessa

La trasparenza come misura di prevenzione della corruzione è uno degli strumenti di anticorruzione introdotta dalla l. 190/2012. Essa è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni ente, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali e funzionali, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della l. 190/2012.

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

Principi adottati nel 2022 e azioni

Il PTPCT, con riferimento alla presente sezione e coerentemente con le previsioni del D.Lgs. n. 33/2013 e alle indicazioni fornite da ANAC attraverso le proprie delibere, si ispira ai seguenti principi generali:

- Pubblicazione dei documenti, dati ed informazioni in modo chiaro e comprensibile a chiunque;
- Implementazione ed attuazione dei sistemi di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- Indicazione dei responsabili dell'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati ed iniziative in materia di trasparenza e di integrità, anche ai fini dell'applicazione della responsabilità prevista dall'art. 46 del D.Lgs. n. 33/2013;
- Coinvolgimento degli stakeholder interni ed esterni nel processo di elaborazione ed attuazione del Programma;
- Assicurare un flusso informativo costante e completo dei dati e delle informazioni aziendali nel sito dell'Amministrazione Trasparente

Il D.Lgs. 97/2016 ha sancito l'unificazione e la piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità (PTTI) nel Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC). In realtà l'ANAC, già nella determinazione n. 12/2015 raccomandava di includere il Programma per la trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione. Tuttavia, l'opzione nel quadro normativo precedente al decreto 97/2016 rappresentava una possibilità (art. 10, comma 2, D.Lgs. n. 33/2013).



La nuova formulazione dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013, come modificata dal D.Lgs. 97/2016 precisa invece che "Ogni Amministrazione indica, in un'apposita sezione del PTPC i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati". Rileva quindi, nel mutato contesto, anche la responsabilità del soggetto editore, qualora non coincidente con colui che è tenuto a trasmettere il documento, informazione o dato.

Le modifiche del decreto 97 hanno interessato in modo significativo la figura del RPCT. La nuova disciplina infatti ha unificato in capo ad un'unica figura dirigenziale l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della Trasparenza (RPCT), rafforzandone il ruolo.

L'innovazione più rilevante è tuttavia rappresentata dal nuovo diritto di accesso civico da parte di chiunque, senza alcuna motivazione, ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, con inizio dell'attività di vigilanza dell'ANAC sull'adempimento dei nuovi obblighi di pubblicazione a far data dal 31 gennaio 2017, come precisato nelle Linee Guida di cui alla deliberazione n. 1310/2016, "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni".

Nel 2018 l'Ulss 3 ha adottato il regolamento per la segnalazione degli illeciti e per la tutela del dipendente pubblico aggiornato con le novità introdotte dalla L. 179/2017, con la Delibera del Direttore Generale n. 1789 del 21 settembre 2018 che costituisce una prima soluzione transitoria pubblicata nella sezione A.T. (<https://www.aulss3.veneto.it/Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell'illegalità>) che prevedeva la segnalazione per posta ordinaria, per posta interna o via email a un indirizzo dedicato appositamente costituito e gestito dall'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione: segnalazioneilleciti@aulss3.veneto.it.

Nel 2019 è stata avviata internamente, senza alcun costo aggiuntivo, la soluzione informatica (WhistleblowingPA) per l'invio delle segnalazioni on line, direttamente dal sito internet aziendale, dalla pagina <https://www.aulss3.veneto.it/Regolamenti-per-la-prevenzione-e-la-repressione-della-corruzione-e-dell'illegalità>, con modalità tali da assicurare la riservatezza dei dati del segnalante, come prescritto dalla normativa.

Accesso civico

L'istituto dell'accesso civico, come delineato dal D.Lgs. 97/2016 (cosiddetto FOIA) rappresenta una decisa implementazione dell'accesso di cui all'art. 5, comma 1 del decreto n. 33/2013. In proposito l'ANAC, con le Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti del nuovo accesso civico (semplice e "generalizzato") ha precisato che, pur accomunati dalla possibilità di essere attivati da "chiunque", indipendentemente dalla titolarità di un interesse concreto, diretto e attuale, l'accesso civico semplice e generalizzato si muovono su binari paralleli. L'**accesso civico semplice** si riferisce alla pubblicazione obbligatoria di categorie di documenti specificamente individuati dalle disposizioni normative contenute nel decreto n. 33/2013, cui corrisponde il diritto di chiunque di richiedere, senza limitazioni e senza necessità di motivazione, i documenti di cui sia stata omessa la pubblicazione. Nel 2021 è pervenuta una richiesta.

L'**accesso civico generalizzato** è riferito a quei documenti, informazioni, dati **ulteriori** rispetto a quelli già obbligo di pubblicazione e al relativo diritto di conoscenza, ferma restando la tutela degli interessi pubblici e/o privati di cui all'art. 5-bis, commi 1 e 2 e le esclusioni disposte dall'art. 5-bis, comma 3, in un costante bilanciamento fra interesse pubblico alla *disclosure* ed eccezioni individuate dal legislatore che obbligano ad un'attività valutativa caso per caso. Nel 2021 sono pervenute 13 richieste tutte riferite ad atti aziendali e dati statistici.

Con la deliberazione n. 705 del 12/4/2018 è stato aggiornato il Regolamento in materia di accesso documentale, ai dati e alle informazioni e nel corso del 2018 si è provveduto alla sua applicazione per la corretta gestione delle 3 modalità di accesso previste dalla normativa: documentale, semplice



e generalizzato, con la predisposizione dell'apposita pagina della sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale (<https://www.aulss3.veneto.it/Accesso-civico>).

Adeguamento alle nuove "Linee Guida" del Garante della Privacy

La pubblicazione on-line delle informazioni e dei dati è stata effettuata adeguandola alle nuove "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" del Garante della Privacy.

La pubblicazione dei dati è inoltre avvenuta in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida Siti Web" (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla delibera n. 8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione.

L'Azienda Ulss 3 ha adottato la delibera n. 1017 del 24/5/2018 per l'applicazione della nuova normativa introdotta dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679.



4 SEZIONE ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 PIANO ORGANIZZATIVO DEL LAVORO AGILE

4.1.1 Evoluzione Normativa: Smart Working Emergenziale

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

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

A partire dal decreto legge numero 6 del 23 febbraio 2020, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", che con alcune misure specifiche ha stabilito che il lavoro agile "è applicabile in via automatica ad ogni rapporto di lavoro subordinato nell'ambito di aree considerate a rischio nelle situazioni di emergenza nazionale o locale nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni e anche in assenza degli accordi individuali ivi previsti".

Pertanto, l'Amministrazione ha provveduto a riconoscere, a mezzo di lettera autorizzativa, lo smart working per tutti i lavoratori che lo avessero richiesto a condizione che il tipo di attività fosse attività svolgibile da remoto.

Il 12 marzo 2020 la Ministra Dadone ha poi firmato la Direttiva 2/2020 in relazione all'emergenza Covid-19. Il nuovo documento rafforzava ulteriormente il ricorso allo smart working, prevedendo che questo diventasse la forma organizzativa ordinaria per le pubbliche amministrazioni. L'obiettivo della Direttiva è sempre tutelare la salute di cittadini e dipendenti, contemperando questa esigenza primaria con la necessità di erogare i servizi essenziali e indifferibili. Con tutta la normativa emergenziale successiva veniva sempre ribadito che il lavoro agile costituiva la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione fino alla cessazione dello stato di emergenza. E si confermava che le amministrazioni erano chiamate a uno sforzo organizzativo e gestionale per garantire il pieno utilizzo dello smart working, accessibile in modo temporaneamente semplificato (cioè senza la necessità del previo accordo individuale e senza gli oneri informativi a carico della parte datoriale), così da ridurre al minimo gli spostamenti e la presenza dei dipendenti negli uffici, correlandola ai servizi indifferibili non erogabili da remoto.

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

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

Il lavoratore agile in questa fase alternava giornate lavorate in presenza e giornate lavorate da remoto, con una equilibrata flessibilità.

Lo smart working si svolge di norma senza vincoli di orario e luogo di lavoro, ma può essere organizzato per specifiche fasce di contattabilità, senza maggiori carichi di lavoro. In ogni caso, al lavoratore sono garantiti i tempi di riposo e la disconnessione dalle strumentazioni tecnologiche di lavoro. Inoltre, i dipendenti in modalità agile non devono subire penalizzazioni professionali e di carriera.





L'Amministrazione si è adoperata per mettere a disposizione i dispositivi informatici e digitali ritenuti necessari, ma comunque rimaneva consentito l'utilizzo di strumentazione di proprietà del dipendente.

Si è favorito maggiormente il lavoro agile per i lavoratori disabili o fragili.

Nella rotazione del personale, è stato fatto riferimento a criteri di priorità che consideravano anche le condizioni di salute dei componenti del nucleo familiare del dipendente, della presenza di figli minori di quattordici anni, della distanza tra la zona di residenza o di domicilio e la sede di lavoro, ma anche del numero e della tipologia dei mezzi di trasporto utilizzati e dei relativi tempi di percorrenza.

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

Con il successivo Decreto Proroghe (Decreto legge 30 aprile 2021, n. 56), approvato il 29 aprile in Consiglio dei ministri, si stabiliva che fino alla definizione della disciplina del lavoro agile nei contratti collettivi del pubblico impiego, e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, le amministrazioni pubbliche potevano continuare a ricorrere alla procedura semplificata per lo smart working, ma senza più essere vincolati ad applicarlo a una percentuale minima del 50% del personale con mansioni che possono essere svolte da casa.

Le principali novità introdotte con il "decreto proroghe", sono le seguenti:

- il lavoro agile non è più ancorato a una percentuale (soglia del 50% prima prevista), ma al rispetto di principi di efficienza, efficacia e customer satisfaction;
- mantiene inalterato il necessario rispetto delle misure di contenimento del fenomeno epidemico e della tutela della salute adottate dalle autorità competenti;
- rinvia alla contrattazione la definizione degli istituti del lavoro agile;
- riduce però dal 60% al 15% (per le attività che possono essere svolte in modalità agile) la quota minima dei dipendenti che potrà avvalersi dello smart working.

Ma con il DPCM 23 settembre 2021 il lavoro agile per le Pubbliche Amministrazioni viene svincolato dallo stato emergenziale e ricondotto alla disciplina ordinaria del D. Lgs. 81/2017.

Per cui diventa necessaria la stipula di un accordo individuale, nonché la prevalenza della presenza in servizio, ferma restando la percentuale minima del 15%.

Il fine ultimo del lavoro agile non è solo venire incontro alle esigenze dei lavoratori, ma anche riuscire a migliorare il rendimento dell'attività dell'amministrazione in termini di efficienza, efficacia e buon andamento, in linea quindi con i principi di cui all'art. 97 della Costituzione Italiana. Anche l'articolo 263 del D.L. 34/2020, convertito con la legge 77/2020, e il Decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 19 ottobre 2020, relativi alla disciplina del lavoro agile nell'emergenza, ricordano che questa modalità di organizzazione della prestazione lavorativa non deve ridurre, ma semmai aumentare, l'efficienza della PA a beneficio di cittadini ed imprese.

4.1.2 Passaggio Da Smart Working Emergenziale A Ordinario

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021 si stabiliva che dal 15 ottobre 2021 la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nella PA tornava ad essere quella in presenza. Si torna, pertanto, al regime previgente all'epidemia pandemica, disciplinato dalla legge 22 maggio 2017, n. 81, recante "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" (la legge Madia), così come modificata dai successivi provvedimenti



normativi. Nel frattempo, sono in corso le trattative per i rinnovi dei contratti pubblici, che garantiranno, una volta concluse, una regolazione puntuale dello smart working.

Il DPCM sopracitato stabilisce, inoltre, che il lavoro agile, nelle more della disciplina dell'istituto da parte del Contratto collettivo nazionale, attualmente in fase di discussione tra Aran e organizzazioni sindacali, sarà regolato da stipula dell'accordo individuale e sarà possibile nel rispetto di alcune condizioni fondamentali ovvero:

- non pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi da parte dei cittadini;
- la sicurezza delle comunicazioni tra lavoratore e amministrazione attraverso apposita piattaforma, ricorso al cloud o specifiche tecnologie;
- disponibilità di device necessari per lo svolgimento della prestazione lavorativa in lavoro agile;
- un piano di smaltimento degli arretrati.

Per cui, a seguito della normativa sopracitata, viene previsto che ogni Direttore di Unità Operativa individui le attività che possono essere oggetto di lavoro agile all'interno del proprio Servizio e che attraverso la sottoscrizione di un accordo individuale disciplini il rapporto di lavoro nel rispetto della percentuale minima che deve essere garantita ora pari al 15%.

4.1.3 Procedimento Di Attuazione

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

1. Definizione della disciplina: approvazione con Delibera del Direttore Generale del modello di accordo individuale tra dipendenti e Direttori coinvolti per le modalità attuative dello svolgimento della prestazione di lavoro agile, con conseguente approvazione di un *addendum* al contratto di lavoro individuale.
2. Mappatura delle attività: ogni Direttore ha dovuto individuare all'interno del suo Servizio le attività che si possono svolgere in modalità agile. La mappatura dei processi/attività ha come obiettivo quello di individuare le attività che possono essere prestate, tenuto conto della dimensione organizzativa e funzionale di ciascuna struttura, in modalità "agile" e rappresenta, altresì, uno step fondamentale e propedeutico per garantire il passaggio da un lavoro agile "emergenziale", con l'obiettivo principale del "distanziamento sociale", al lavoro agile "ordinario", che è orientato al duplice scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi senza precisi vincoli di orario e luogo di lavoro. Ciascuna Direzione ha, pertanto, individuato il numero delle unità di personale, per i profili presenti, compatibili o parzialmente compatibili con il lavoro agile.

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

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

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

fase descrittiva dell'attività:

1. Il processo/attività/servizio richiede la presenza in modo continuativo del personale?



2. Il processo/attività/servizio è gestibile a distanza: le attività possono essere svolte da remoto con gli strumenti/tecnologie messe a disposizione?
3. Le attività richiedono lo svolgimento di attività esterne in modo non occasionale (ispezioni, controlli o attività presso soggetti esterni)?

Grado di digitalizzazione (oggettiva):

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

Grado di digitalizzazione (Soggettiva):

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

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

Tenuto conto della cornice normativa vigente e della necessaria coerenza ed interdipendenza con gli strumenti di programmazione strategica e operativa dell’Amministrazione, la mappatura dovrà essere aggiornata periodicamente.

Nel percorso metodologico sopra rappresentato, l’output della fase “Mappatura delle attività” rappresenta l’input per la definizione della percentuale annuale e massima dei lavoratori in agile a livello di Amministrazione. A fronte del numero di lavoratori “potenzialmente agili” associati a macrofunzioni/processi trasversali “smartabili”, la percentuale di lavoratori agili che mediamente è stata prevista è pari al 15%, livello base stabilito dalla attuale normativa.

L’effettiva compatibilità dell’attività lavorativa con la modalità agile viene misurata combinando il grado di smartabilità della macrofunzione cui il dipendente è associato, la conciliabilità delle specifiche attività svolte dallo stesso e la valutazione delle competenze “agili” possedute (competenze digitali e competenze trasversali). Partendo dalle manifestazioni di interesse ricevute e tenuto conto del contingente massimo “direzionale”, il Direttore di Unità Operativa predispone dunque una sorta di elenco in base ai criteri previsti dalla normativa, e nel rispetto della percentuale minima stila gli accordi individuali che trasmette alla Direzione Risorse Umane per gli adempimenti di legge conseguenti.

3. Definizione Accordo individuale: al fine di semplificare e ottimizzare modi e tempi dell’accesso al lavoro agile, ciascuna Direzione stipula gli accordi individuali con i propri lavoratori, nel rispetto della disciplina regolamentare, che contiene il modello di accordo con gli elementi minimi essenziali;

4. Acquisizione degli accordi individuali da parte della Direzione Risorse Umane per gli adempimenti di legge. Gli accordi individuali inviati dalle Unità Operative sono inseriti nel fascicolo digitale del dipendente.

È compito di ciascuna Unità Operativa organizzare per tutti i dipendenti assegnati e per ogni obiettivo cui sono collegati una programmazione più dettagliata delle attività e, conseguentemente,



delle priorità lavorative di breve-medio periodo; esercitare un'attività di controllo diretto e costante, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, nonché verificare il conseguimento degli obiettivi stessi.

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

4.1.4 Requisiti Tecnologici

I "requisiti tecnologici", intesi come dotazioni infrastrutturali, software etc., rappresentano un fattore abilitante e cruciale per il corretto sviluppo del lavoro agile anzi costituiscono un driver indispensabile. La fase emergenziale e i risultati della survey rivolta ai dipendenti e ai dirigenti hanno evidenziato la necessità da parte dell'Amministrazione di uno sforzo organizzativo rilevante in termini di risorse da destinare sia alla digitalizzazione dei processi/servizi sia alle infrastrutture di supporto. Il modus operandi dell'agire amministrativo è ormai "digitale": in tal senso anche le recenti modifiche e integrazioni del Decreto Semplificazioni alla Legge sul procedimento amministrativo n. 241/1990 e al Codice dell'Amministrazione digitale D. Lgs. n. 82/2005. Il lavoro agile è, altresì, valorizzato dal quadro normativo vigente, e in particolare dal decreto suddetto che, nell'articolo 31 "Semplificazione dei sistemi informativi delle pubbliche amministrazioni e dell'attività di coordinamento nell'attuazione della strategia digitale e in materia di perimetro di sicurezza nazionale cibernetica" prevede, "al fine di agevolare e sviluppare la diffusione del lavoro agile", l'obbligo per la PA di sviluppare i propri sistemi informatici.

4.1.5 Obiettivi Del Lavoro Agile

Il lavoro agile persegue i seguenti obiettivi:

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

4.1.6 Doveri Del Lavoratore In Modalità Agile

Nell'esecuzione della prestazione lavorativa in modalità agile il lavoratore è tenuto al rispetto degli obblighi di riservatezza, ai sensi del D.P.R. del 16/04/2013 n. 62 "Regolamento recante il codice di comportamento dei dipendenti pubblici", delle previsioni di cui al D. Lgs n. 196/03, modificato dal D. Lgs n. 101/2018, del Regolamento Aziendale recante misure tecniche e organizzative relativo alla protezione dei dati personali approvato con Delibera del Direttore Generale n 1017 del 24/05/2018, nonché delle informative diramate dall'Amministrazione e delle istruzioni operative impartite dal Dirigente ai fini dell'adozione delle misure di sicurezza necessarie per il corretto trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 21 della legge n. 81/2017, la verifica delle attività svolte in modalità agile è effettuata



attraverso il monitoraggio delle pratiche assegnate dal Direttore/Dirigente.

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

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

4.1.7 Prospettiva Di Applicazione Del Lavoro Agile

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

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

4.2 PIANO DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Con riferimento ai dati ed alle informazioni da fornire rispetto al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, si rinvia alla Deliberazione del Direttore Generale n. 348 del 04.03.2022 reperibile nel sito aziendale seguendo il percorso "Amministrazione Trasparente-Provvedimenti-Provvedimenti organi indirizzo politico".