



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2023-2025

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

La tua salute al centro



SOMMARIO

SOMMARIO	2
Introduzione	3
Cos'è il PIAO?	4
Scheda anagrafica dell'organizzazione	5
Premessa	5
Il territorio e la popolazione	5
L'assistenza ospedaliera	8
L'assistenza specialistica	10
L'assistenza distrettuale	11
L'assistenza primaria	19
Il Dipartimento di Prevenzione	19
Valore pubblico, performance e anticorruzione	24
Valore pubblico	24
Performance	27
Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse	27
Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino	29
Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi	32
Rischi corruttivi e trasparenza	36
Organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e trasparenza	36
La gestione dei rischi di corruzione	40
Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione	49
La trasparenza	59
Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza	61
Rendicontazione e diffusione	61
Organizzazione e capitale umano	64
Struttura Organizzativa	67
Organizzazione del lavoro agile	70
Piano triennale dei fabbisogni del personale	80
Monitoraggio	83
Elenco degli allegati	87
Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi	87
Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori	87
Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione	87
Allegato 4 - Piano dei fabbisogni	87

INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

ti presentiamo il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che assorbe e integra tra loro gli atti di pianificazione in materia di performance, gestione delle risorse umane e prevenzione della corruzione.

Cogliamo questa opportunità per revisionare le attività aziendali in una logica di costante e progressiva semplificazione delle procedure, di reingegnerizzazione dei processi e di integrazione della programmazione e del monitoraggio degli stessi.

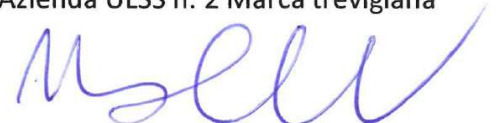
È nostra intenzione rendere noto a tutti gli stakeholders, *in primis* ai cittadini che risiedono nel nostro territorio, ma anche agli enti locali e alle strutture territoriali che rappresentano i nostri partners, gli impegni che intendiamo assumere nel prossimo triennio, al fine di dare concretezza alla mission aziendale, che definisce la nostra identità: il raggiungimento del più alto livello possibile di salute, intesa come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse per la collettività.

È questo quello a cui miriamo, quello a cui teniamo, quello per cui affrontiamo quotidianamente le sfide che di anno in anno diventano sempre più impegnative: dall'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale nel rispetto dei LEA, alla prevenzione della salute, all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

L'impegno che ci assumiamo, come Azienda, come professionisti, dal medico all'infermiere, a tutti i collaboratori che a qualsiasi titolo lavorano nella nostra Azienda, è di mettere **la tua salute al centro** delle nostre scelte non solo garantendoti prestazioni di eccellenza, come dimostrano le performance degli indicatori di esito monitorati dal Programma Nazionale Esiti, ma anche facendo ogni sforzo possibile per garantirti tempi rapidi di accesso alle cure. Sappiamo che gli esiti di un intervento ma anche l'accuratezza di un iter diagnostico è strettamente legata alla dimensione temporale con la quale riusciamo a dare una risposta. Per questo lavoriamo ogni giorno su due fronti: da una parte rivediamo i nostri processi cercando di recuperare efficienza dove possibile e dall'altra ci impegniamo a valutare insieme ai medici del territorio l'appropriatezza nella richiesta di prestazioni.

“La tua salute al centro” non vuole essere uno slogan ma vuole sottolineare quanto ogni giorno al centro del nostro agire c'è ogni singolo cittadino del nostro territorio.

Francesco Benazzi
Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



COS'È IL PIAO?

Il Decreto Legge 9.6.2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6.8.2021, n. 113, prevede all'articolo 6 che le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30.3.2001 n. 165, con più di 50 dipendenti, adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27.10.2009, n. 150 e della legge 6.11.2012, n. 190.

Con il D.P.R. 24.6.2022, n. 81 sono stati soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano gli adempimenti inerenti a:

- Piano dei fabbisogni;
- Piano delle azioni concrete;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio;
- Piano della performance;
- Piano di prevenzione della corruzione;
- Piano organizzativo del lavoro agile;
- Piani di azioni positive.

Il Piano si pone come uno strumento di riconfigurazione e integrazione progressiva e graduale dei piani preesistenti, al fine di realizzare concretamente gli obiettivi per i quali è stato concepito, vale a dire assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini, procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Con DGR n. 1717 del 30.12.2022 la Regione Veneto ha approvato le "Linee guida per la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale" che forniscono indicazioni specifiche per le aziende sanitarie, a partire dalle indicazioni contenute nel Decreto n. 132 del 30.06.2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Sulla base di tali indicazioni è stato redatto il presente documento che ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

SCHEMA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

In questa sezione si riporta una breve descrizione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, quale Azienda che fa riferimento a un determinato territorio e risponde ai bisogni sanitari della popolazione ivi residente. Inoltre, si illustrano gli ambiti di attività dell'azienda, dall'assistenza ospedaliera a quella specialistica, affiancate dall'assistenza distrettuale e quella primaria, senza dimenticare l'attività di prevenzione quale elemento caratterizzante di un'azienda sanitaria territoriale.

Premessa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nasce a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS della Regione del Veneto per effetto della Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016. A decorrere dal 1° gennaio 2017 l'ULSS n. 9 Treviso ha infatti modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorporando le sopresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo. Per effetto dell'incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso.

La sede legale dell'Azienda è in Treviso, via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37. La ricezione della posta elettronica certificata (PEC) aziendale è assicurata dalla casella: protocollo.aulss2@pecveneto.it.

Il territorio e la popolazione

L'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana si estende su un territorio di 2.479 km² e comprende 94 comuni con una popolazione al 31.12.2021 (fonte: popolazione ISTAT) pari a 877.890 abitanti, di cui 89.879 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali (Tabella 1.1.1). A livello territoriale è articolata su 4 Distretti socio-sanitari: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Pieve di Soligo e Distretto Asolo.



Tabella 1.1.1 Principali indicatori demografici suddivisi per distretto. Fonte dati: Popolazione ISTAT al 31.12.2021 (<http://www.demo.istat.it>).

Indicatori demografici al 31.12.2021	Azienda ULSS 2	Distretto 1 Treviso Nord	Distretto 2 Treviso Sud	Distretto 3 Pieve di Soligo	Distretto 4 Asolo
Popolazione residente	877.890	210.213	208.711	210.481	248.485
Superficie (km ²)	2.479	625	355	711	788
Densità abitativa (abitanti/km ²)	354	336	588	296	315
Popolazione 0-14 anni	115.538	28.764	26.353	26.089	34.332
Popolazione 65 anni e più	202.595	45.186	50.610	52.359	54.440
Indice di vecchiaia	1,75	1,57	1,92	2,01	1,59
Nati vivi	6.095	1.518	1.398	1.337	1.842
Deceduti	8.953	1.875	2.345	2.332	2.401
Stranieri residenti	89.879	22.131	20.444	22.083	25.221
Tasso di natalità (per 1.000 residenti)	6,9	7,2	6,7	6,4	7,4
Tasso di mortalità (per 1.000 residenti)	10,2	8,9	11,2	11,1	9,7
% stranieri residenti	10,2	10,5	9,8	10,5	10,1

Come evidenziato in Tabella 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana presenta un trend in costante crescita, pur attestandosi su valori inferiori a quelli regionali. Di converso un andamento opposto si verifica per l’incidenza di popolazione 0-14 anni, come conseguenza del calo della natalità. L’andamento dell’indice di vecchiaia della popolazione dell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, che misura il numero di anziani in una popolazione ogni 100 giovani, ha sempre segnato un aumento anno dopo anno passando dal 139,1 del 2015 al 175,3 del 2022.

Focalizzando l'analisi sulla popolazione residente nei 4 Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si nota come l'incidenza della popolazione over 65 anni sul totale (Tabella 1.1.1) sia maggiore ed in costante aumento nel distretto di Pieve di Soligo (Indice di vecchiaia: 1,92 nel 2022), e più bassa rispetto all'Azienda sia nel distretto di Treviso Nord (1,57 nel 2022) che nel distretto di Asolo (1,59 nel 2022).

Tabella 1.1.2 Indicatori demografici sulla popolazione residente, ultimi 3 anni disponibili: confronto Azienda ULSS 2 vs media regionale. Fonte dati: Indicatori ISTAT (<http://www.demo.istat.it>).

Indicatori demografici al 31.12.2021	Azienda ULSS 2			Regione Veneto		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
0-14/popolazione totale (%)	13,7	13,4	13,2	13,0	12,8	12,6
65+/popolazione totale (%)	22,4	22,7	23,1	23,3	23,5	23,8
Indice di vecchiaia (%)	163,8	169,2	175,3	179,2	183,3	189,0
Indice di dipendenza strutturale (%)	56,4	56,6	56,8	56,9	56,9	57,3
Indice di dipendenza anziani (%)	35,0	35,6	36,2	36,5	36,8	37,5

L'allungamento della vita media è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età più avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità.

L'anno 2020 è stato segnato dall'epidemia da Covid-19 che, come nel contesto internazionale ed italiano, ha segnato anche a livello locale un eccesso di mortalità generale. L'analisi delle cause iniziali di morte evidenzia come nel 2020 siano deceduti 9.436 soggetti residenti nel territorio dell'Azienda ULSS n.2 (Tabella 1.1.3), un incremento percentuale del 15% rispetto alla media del biennio precedente (+18% di decessi per i soggetti maschi, +13% nel caso delle femmine). L'incremento si è osservato non solo per i decessi da Covid-19, ma anche per un incremento da sindromi respiratorie correlate (probabile misclassificazione del Covid nella prima fase pandemica) ed altre patologie (malattia di Parkinson, Patologie ipertensive, diabete).

Tabella 1.1.3 Causa iniziale di morte: numero di decessi osservati nel 2020 e differenza % rispetto alla media del biennio 2018-2019. Residenti Azienda Ulss n.2. Fonte dati: Registro Regionale delle cause di morte.

	TOTALE		DONNE		UOMINI	
	2020	Diff. % vs Media 2018-19	2020	Diff. % vs Media 2018-19	2020	Diff. % vs Media 2018-19
Tutte le cause	9.436	15%	4.873	13%	4.563	18%
COVID-19 (U07.1, U07.2)	888	-	391	-	497	-
Influenza, polmonite (J09-J18.9)	243	3%	113	-13%	130	24%
Alcune patologie respiratorie (J80, J84.9, J96.x)	57	124%	27	116%	30	131%
Tumori (C00-D48)	2.374	-3%	1.087	-2%	1.287	-3%
Diabete (E10-E14)	221	8%	119	20%	102	-3%
Demenza, malattia di Alzheimer (F01-F03, G30)	431	2%	304	8%	127	-12%
Malattia di Parkinson (G20)	141	35%	60	36%	81	34%
Patologie ipertensive (I10-I15)	593	20%	389	18%	204	23%
Cardiopatie ischemiche (I20-I25)	982	13%	496	11%	486	16%
Malattie cerebrovascolari (I60-I69)	661	4%	375	0%	286	9%
Asma, BPCO (J40-J47)	178	-3%	78	5%	100	-9%
Sintomi/segni mal definiti (R00-R99)	207	32%	141	38%	66	20%
Traumatismi, avvelenamenti (S00-T98)	296	-5%	112	-15%	184	3%
Altre cause	2.164	3%	1.181	0%	983	6%

L'assistenza ospedaliera

L'Azienda eroga l'assistenza ospedaliera attraverso una rete di strutture proprie e private accreditate. L'erogazione di prestazioni da parte di strutture private con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale è disciplinata dall'accreditamento istituzionale e dall'accordo contrattuale, in attuazione della programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, la Giunta Regionale con la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente l'Azienda ha predisposto il proprio piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale, che è stato approvato con la DGRV n. 69 del 21 Gennaio 2020.

La tabella che segue riepiloga le strutture ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana.

Strutture ospedaliere	
Ospedali per acuti	6 ospedali pubblici: <ul style="list-style-type: none"> • 1 ospedale HUB provinciale: Treviso • 1 ospedale nodo di rete: Oderzo • 4 ospedali Spoke: Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco e Montebelluna
	2 ospedali privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> • C.C. Giovanni XXIII • O.CL. San Camillo
Poli Riabilitativi	1 struttura riabilitativa monospecialistica: Ospedale Motta di Livenza 1 struttura riabilitativa monospecialistica IRCSS: "Medea" Istituto La Nostra Famiglia: sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo 1 struttura monospecialistica di riabilitazione Psichiatrica: C.C. Park Villa Napoleon

1.2.1 Ricoveri

Di seguito si rappresentano i volumi di attività delle componenti della rete ospedaliera dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in riferimento agli ultimi tre anni.

Tabella 1.2.1 Dimissioni in regime ordinario e diurno per le strutture pubbliche e private dell'Azienda. Distribuzione per Presidio Ospedaliero e per Area Funzionale.

Struttura	2020	2021	2022
P.O. di TREVISO	33.193	35.104	38.164
P.O. di ODERZO	4.928	4.896	5.622
P.O. di CONEGLIANO	13.414	14.315	13.904
P.O. di VITTORIO VENETO	6.327	4.327	6.232
P.O. di CASTELFRANCO	8.499	8.292	8.010
P.O. di MONTEBELLUNA	11.120	10.697	11.682
Totale pubblico	77.481	77.631	83.614
MOTTA DI LIVENZA	2.446	2.391	2.496
O.CL. S.CAMILLO	3.631	4.048	3.740

C.C. P.V.NAPOLEON	921	934	909
C.C. GIOVANNI XXIII	6.830	7.365	7.488
IRCS E.MEDEA - Conegliano	1.031	1.150	684
IRCS E.MEDEA - Pieve di Soligo	627	731	406
Totale privato	15.486	16.619	15.723
Totale	92.967	94.250	99.337

Area	PUBBLICO			PRIVATO			Totale		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Medica	31.130	31.750	32.126	2.885	2.995	2.864	34.015	34.745	34.990
Chirurgica	23.767	22.942	28.192	7.849	8.597	8.509	31.616	31.539	36.701
Materno-Infantile	13.847	14.630	15.180	-	-	-	13.847	14.630	15.180
Terapia Intensiva	7.327	7.204	6.986	1	-	-	7.328	7.204	6.986
Riabilitativa	1.410	1.105	1.130	4.751	5.027	4.350	6.161	6.132	5.480
Totale	77.481	77.631	83.614	15.486	16.619	15.723	92.967	94.250	99.337

Il 2022 si è caratterizzato per una ripresa generale dell'attività con conseguente aumento del numero di dimissioni rispetto al biennio precedente (+5,4%). L'analisi del numero di dimissioni per area evidenzia infatti un sensibile aumento nel 2022 rispetto all'anno precedente in particolar modo nell'area chirurgica (+16%), mentre una diminuzione delle dimissioni dall'area riguardante la Terapia Intensiva (-3%).

1.2.2 Pronto Soccorso

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Nel 2022, ci sono stati più di 286.000 accessi (Tabella 1.2.2), l'11% dei quali è poi esitato in ricovero.

Tabella 1.2.2. Accessi al Pronto Soccorso per codice colore attribuito in fase di triage, triennio 2020-2022.

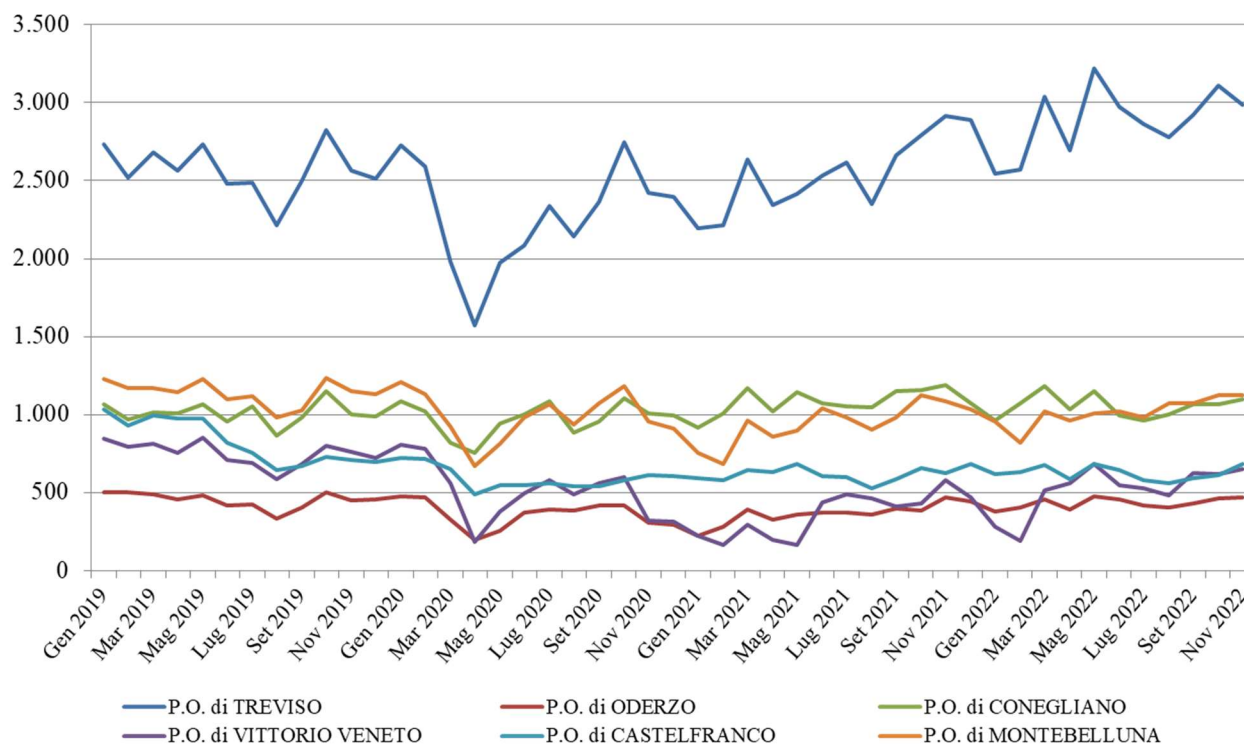
Codice colore	2020	2021	2022
Rosso	6.575	7.254	8.292
Arancione	0	1	1
Giallo	52.797	62.121	70.805
Verde	29.684	30.627	34.697
Bianco	123.641	146.947	172.485
Non attivato	2.986	43	60
Non eseguito	15	15	5
Totale	215.698	247.008	286.315

Il 2022 si è caratterizzato per un notevole incremento degli accessi ai PS rispetto al biennio precedente, dove l'epidemia da Covid-19 aveva frenato le tendenze al ricorso al Pronto Soccorso, in particolar modo per i codici con colore bianco (+17%).

1.2.3 Interventi Chirurgici

Come in tutto il territorio nazionale, anche nell’Azienda ULSS n.2, le ondate pandemiche hanno gravemente pregiudicato l’attività chirurgica. Come visto nella sezione precedente riguardante le dimissioni in area chirurgica, il Grafico 1 rappresenta più nel dettaglio l’andamento degli interventi dal 2019 al 2022.

Grafico1. Andamento del numero interventi chirurgici per gli ospedali pubblici. Fonte dati: Flusso SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera).



L’assistenza specialistica

Nell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e dalle strutture private accreditate. I poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell’ambito di 14 branche specialistiche. L’attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

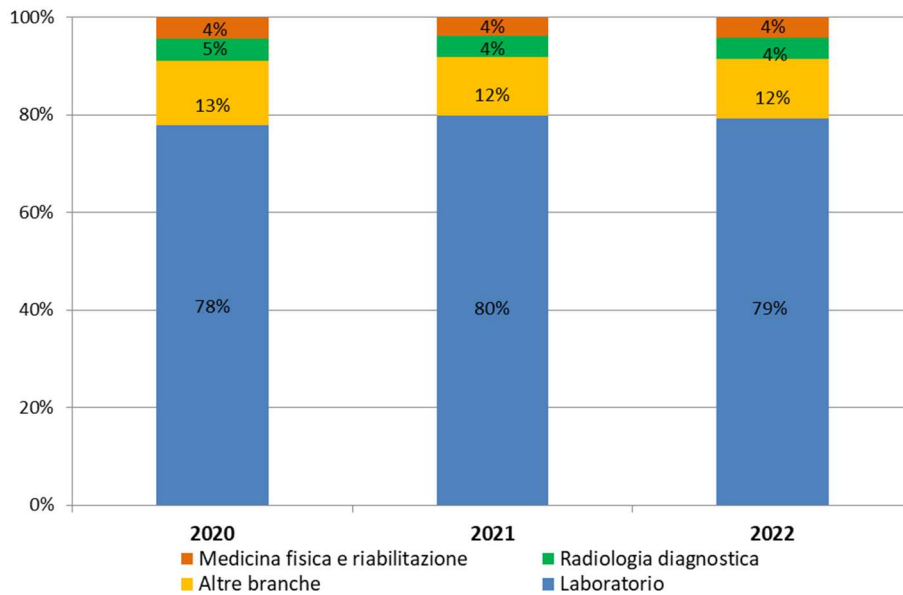
Tabella 1.3.1. Numero di prestazioni per esterni. Distribuzione per branca e tipologia di struttura. Fonte dati: Flusso SPS (Schede di Prestazioni di Specialistica).

Branca	PUBBLICO		PRIVATO		Totale	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Laboratorio	9.671.430	9.759.226	238.714	228.267	9.910.144	9.987.493
Branche a vista	1.232.649	1.271.031	257.035	256.644	1.489.684	1.527.675
Radiologia diagnostica	317.073	306.863	241.826	251.554	558.899	558.417
Medicina fisica e riabilitazione	226.107	278.427	238.068	243.727	464.175	522.154
Totale complessivo	11.447.259	11.615.547	975.643	980.192	12.422.902	12.595.739

Nel corso del 2022 si è verificato un aumento dell’1% delle prestazioni specialistiche erogate rispetto all’anno precedente. Questo fenomeno ha interessato in particolar modo alcune branche (neurochirurgia, chirurgia plastica, odontostomatologia e pneumologia hanno avuto un aumento superiore al 15%). Un sensibile aumento, sia in termini relativi che assoluti, si è osservato nella medicina fisica e riabilitazione (+12%).

Sostanzialmente stabili sono state le prestazioni sia del laboratorio (+1%) che della radiologia diagnostica (0%).

Grafico 2. Distribuzione delle prestazioni pubbliche e private per macroarea anni 2020-2022. Fonte dati: Flusso SPS (Schede di Prestazioni di Specialistica).



L'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai Distretti Socio sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

Strutture territoriali

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio ed opera attraverso una rete capillare di strutture (Tabella 1.4.1).

Tabella 1.4.1 Elenco delle strutture che erogano i servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda sul territorio, anno 2022.

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo
Strutture intermedie	Pubbliche: <ul style="list-style-type: none"> • ODC n. 1 • Cure palliative n. 2 • Hospice n. 1 • Struttura Covid dedicata n. 2
	Private accreditate: <ul style="list-style-type: none"> • URT n. 1 • ODC n. 2 • Hospice n. 1 • Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78 n. 5

	<ul style="list-style-type: none"> Struttura Covid dedicata n. 1
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	Pubblici: <ul style="list-style-type: none"> Poliambulatori territoriali n. 24 Punto prelievi n. 14
	Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> Poliambulatori territoriali n. 9 Punto prelievi n. 1
Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative	Consultori n. 17
Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi	Centri di Servizi n. 58 Centri Diurni n. 24
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	Comunità/appartamenti n. 33 Centri diurni n. 57
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	<ul style="list-style-type: none"> CSM n. 13 Comunità/appartamenti n. 28 Centri diurni n. 20
Strutture per persone con dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> Ser.D n. 5 Comunità Terapeutica n. 8 Centri Diurni n. 2
Strutture per l'inclusione sociale	534
Medici di Assistenza Primaria (MMG)	490 (dati al 01.01.2022 fonte modello FLS12)
Pediatri di Libera Scelta convenzionati	100 (dati al 01.01.2022 fonte modello FLS12)
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	15 (dati del 2021 fonte modello FLS21)
Farmacie convenzionate	257

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con interventi di Assistenza Domiciliare. Una sintesi del numero di accessi per intensità assistenziale viene riportata nella tabella che segue.

Tabella 1.4.2. Accessi di assistenza domiciliare integrata per intensità assistenziale, ultimo dato disponibile (9 mesi 2022) e confronto con lo stesso periodo dell'anno precedente.

Numero accessi per intensità assistenziale	2022	differenza vs 2021
CIA-0	74.850	-13.627
CIA-1	88.315	-2.095
CIA-2	43.952	4.331
CIA-3	49.358	-6.209
Totale*	256.475	-17.600

**Sono escluse le prestazioni occasionali (pic aperte e chiusa lo stesso giorno).*

Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "fragile" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale.

Secondo gli indirizzi della DGR n. 230/2018 e le indicazioni pervenute dalla Regione è stata avviata la riorganizzazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) con l'obiettivo di costituire una COT strutturata

in più sedi con modalità operative, strumenti e processi di presa in carico uniformi su tutto il territorio provinciale, in connessione con il servizio di assistenza domiciliare. La riorganizzazione iniziata ad agosto 2018 ha richiesto interventi di tipo strutturale, organizzativo-gestionale e funzionale e già dal 2019 è stata creata la piattaforma unica di gestione che consente di tracciare tutto il processo della dimissione protetta. Durante l'emergenza COVID-19 la COT ha avuto un ruolo chiave nel coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi. La Tabella che segue illustra l'esito delle segnalazioni avvenute nel triennio 2020-2022.

Tabella 1.4.3. Esito delle segnalazioni di pazienti fragili alla COT. Fonte: gestionale COT.

COT numero trasferimenti	2020	2021	2022	Differenza 2022 vs 2021
Domicilio	5.031	5.506	6.356	850
Strut. anziani/disabili	1.145	1.452	1.626	174
URT/ODC	873	1.490	933	-557
Altro ospedale	514	695	687	-8
Hospice	264	297	308	11
Altro	250	406	1.320	914
Totale	8.077	9.846	11.230	1.384

Assistenza psichiatrica territoriale

L'assistenza psichiatrica viene garantita dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM), ossia la struttura operativa dell'Azienda che ha la finalità di promuovere la tutela della salute mentale attuando e coordinando ogni iniziativa in ambito psichiatrico. Il DSM dell'Azienda ULSS comprende 3 Unità Operative Complesse di Salute Mentale dotate di autonomia clinica ed organizzativa, costituite da strutture territoriali e ospedaliere deputate all'erogazione delle attività diagnostiche, cliniche, riabilitative e di inclusione sociale, con un ambito territoriale di competenza coincidente con i territori dei Distretti Socio Sanitari, ai quali sono funzionalmente collegate. La Tabella che segue riepiloga il numero di utenti presi in carico nel triennio 2020-2022 per macro-diagnosi.

Tabella 1.4.4 Utenti con almeno un contatto territoriale o ospedaliero per diagnosi, anni 2020-2022. Fonte dati: Flusso SDO e Flusso PST (PSichiatria Territoriale).

Diagnosi	2020	2021	2022
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	382	392	2.700
Disturbi affettivi	1.500	1.701	4.048
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	924	1.245	2.328
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	650	697	1.850
Altre diagnosi psichiatriche	2.574	2.855	4.143

Cure domiciliari e cure palliative

Le cure domiciliari consentono al paziente di ottenere le cure necessarie per la sua condizione di salute presso la propria casa, ossia il luogo dei propri ricordi ed affetti. Attraverso le cure domiciliari il paziente può

essere assistito dal personale medico ed infermieristico, ma al contempo continuare a rimanere nel suo contesto sociale e familiare.

Tabella 1.4.5 Indicatori di attività delle cure domiciliari.

Indicatori	Almeno 1 accesso all'anno			Almeno una PIC ("Preso In Carico") di livello 1 o superiore		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Numero assistiti	20.133	25.299	23.922	12.350	19.442	19.412
Assistiti 75+ anni	15.811	18.211	17.671	9.306	13.401	13.978
% assistiti 75+ anni	0,79	0,72	0,74	0,75	0,69	0,72
Tasso x 1000 ab. 75+ anni	157	175	170	92	129	134

Le Cure Palliative si rivolgono a persone affette da malattia tumorale o malattia cronica in stadio avanzato e che per questa ragione non sono più in grado di rivolgersi autonomamente alle strutture sanitarie ambulatoriali o ospedaliere. Il principale obiettivo delle Cure Palliative è quello di garantire la migliore qualità di vita possibile attraverso il contenimento del dolore e dei sintomi disturbanti, il recupero dell'autonomia residua, dove possibile, o il mantenimento della stessa il più a lungo possibile, il supporto psicologico e spirituale.

Tabella 1.4.6 Numero di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative, di cui deceduti a domicilio o in hospice per distretto di residenza, anno 2022 (ultimo dato disponibile: 9 mesi 2022).

	Deceduti a domicilio	Deceduti in Hospice	Totale
Distretto 1 – Treviso Nord	214	71	285
Distretto 2 – Treviso Sud	147	102	249
Distretto 3 – Pieve di Soligo	210	88	298
Distretto 4 - Asolo	348	10	358
extraAulss2	8	7	15
Totale	927	278	1.205

Assistenza nelle strutture intermedie

L'Azienda garantisce ai pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per vivere al proprio domicilio, un percorso di continuità assistenziale tramite i presidi di cura intermedi, ossia strutture extraospedaliere residenziali temporanee destinate ai pazienti comunque in situazione di malattia, ma non così tanto grave da avere necessità di risiedere in un ospedale.

Ogni centro che svolge cure intermedie accoglie dunque pazienti provenienti sia dal domicilio, che dall'ospedale o da altre strutture della rete sociosanitaria per completare il percorso di cura dopo un episodio acuto, facilitandone così il rientro alla quotidianità.

Tabella 1.4.7 Posti letto e giornate di degenza per tipologia di struttura e per distretto, anno 2022.

Tipologia struttura	di	Distretto 1 - Treviso Nord		Distretto 2 - Treviso Sud		Distretto 3 - Pieve di Soligo		Distretto 4 - Asolo		Totale AULSS 2	
		PL	GG	PL	GG	PL	GG	PL	GG	PL	GG
Ospedale Comunità (ODC)	Pub.	-	-	56	6.003					56	6.003
	Priv.	-	-					30	9.173	30	9.173
Unità Riabilitative Territoriali	Priv.	-	-			25	7.395			25	7.395
Hospice	Pub.	-	-			10	2.894			10	2.894
	Priv.	-	-	18	5.608					18	5.608
Totale		-	-	74	11.611	35	10.289	30	9.173	139	31.073

Assistenza farmaceutica

La distribuzione dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) avviene normalmente mediante la rete delle farmacie aperte al pubblico convenzionate con il SSN (Distribuzione convenzionata). In Tabella 1.4.8 si riepilogano il numero di farmacie convenzionate e la relativa spesa farmaceutica.

Tabella 1.4.8 Farmacie per distretti, anno 2022.

Distretti	Numero farmacie convenzionate	Spesa farmaceutica convenzionata
Distretto 1 e 2 – Treviso Nord e Sud	120	41.577.616
Distretto 3 – Pieve di Soligo	66	20.573.359
Distretto 4 - Asolo	71	25.336.086
Totale	257	87.487.060

Una quota di medicinali viene distribuita anche attraverso le farmacie ospedaliere e i servizi farmaceutici delle ASL (Distribuzione diretta). La distribuzione diretta può avvenire con due diverse modalità: mediante l'erogazione del farmaco al paziente attraverso le strutture dell'Azienda (distribuzione diretta propriamente detta): in tal caso, l'Azienda acquista i farmaci, e li distribuisce, mediante le proprie strutture, direttamente ai pazienti per il consumo al proprio domicilio; oppure mediante la distribuzione per conto: in tal caso i farmaci vengono acquistati dall'Azienda ma distribuiti al paziente, per loro conto, dalle farmacie territoriali aperte al pubblico.

Tabella 1.4.9 Spesa farmaceutica complessiva, anno 2022. (Fonte: report prescrizione farmaceutica UOC HTA Azienda Zero)

	Convenzionata	Acquisti diretti		
		Distribuzione diretta	Distribuzione per conto	Consumi Ospedalieri
Azienda ULSS n.2	87.487.060	94.026.677 ^a	28.173.474 ^b	52.714.443 ^a

^a Dato ricavato dai consumi anno 2022 al netto degli acquisti per conto dello IOV e al netto delle note di credito. I dati sono comprensivi di Farmaci Innovativi.

^b La DPC è al netto dell'IVA.

Dispositivi medici e assistenza protesica

Accanto all'assistenza farmaceutica il Servizio sanitario nazionale (SSN) prevede una serie di prestazioni che comportano la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazione o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento di attività residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito.

Tabella 1.4.10 Spesa per dispositivi medici, IVD e assistenza protesica erogata dall'azienda. Confronto 2022 vs 2021

Tipologia spesa	Spesa 2022	Spesa 2021	Variazione % vs 2021
Dispositivi medici ¹	72.668.257	69.427.615	4,7%
IVD ¹	21.681.700	19.026.306	14,0%
Totale	94.349.957	88.453.921	6,7%
Spesa per assistenza protesica ²	6.396.413	6.200.342	+3,2%

¹ Consumi al netto degli acquisti per lo IOV al 23.01.2023. Il dato può non coincidere con il contabilizzato per l'effetto della variazione delle giacenze.

² Dato contabilizzato al 23.01.23 su conto di bilancio EBA0790001 - SERV.SAN.INTEGR.PROTESICA PRIVATO (sono esclusi i servizi aggiuntivi in altro conto)

Sanità Penitenziaria

La Medicina Penitenziaria provvede all'assistenza sanitaria in favore della popolazione detenuta e adotta, eventualmente avvalendosi della collaborazione degli organi competenti, ogni misura igienico sanitaria prevista dalle vigenti leggi in materia di igiene e sanità pubblica.

Tabella 1.4.11 Prestazioni sanitarie erogate negli ultimi tre anni nell'ambito della salute in carcere. Fonte dati: flussi regionali.

Tipologia di prestazione	2020	2021	2022
Prestazioni specialistiche erogate all'esterno	266	433	482
Attività di Pronto Soccorso	544	445	725
Ricoveri	21	19	14
di cui urgenti	10	7	8
di cui programmati	11	12	6

Assistenza alle persone anziane non autosufficienti

Nel territorio sono presenti Centri Servizi Residenziali (o Case di Riposo) e Semiresidenziali (Centri Diurni) per persone anziane non autosufficienti, a cui si accede previa valutazione UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale). Il ricovero nelle Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti con la contribuzione regionale alla retta (Impegnativa di Residenzialità, che dipende dal profilo di autonomia della persona) avviene attraverso una graduatoria gestita dall'Azienda e aggiornata con cadenza quindicinale. Il punteggio è connesso alla valutazione dei bisogni (scheda SVaMA: Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane). Di seguito si riepilogano alcuni dati per l'anno 2022.

Tabella 1.4.12 Utenti per età e sesso e utenti accolti in Unità d'offerta, Strutture alta protezione Alzheimer, Stati vegetativi permanenti e Centri diurni, anno 2022.

		Distretto 1 - Treviso Nord	Distretto 2 - Treviso Sud	Distretto 3 - Pieve di Soligo	Distretto 4 - Asolo	Totale AULSS2
	età media ingresso CdS	83,74	83,49	82,54	81,86	82,91
	età media ingresso UdO	84,95	84,93	83,89	83,37	84,29
	Totale complessivo	2.705	3.933	4.133	3.752	14.523
	maschi	736	1.064	1.121	1.111	4.032
	femmine	1.969	2.869	3.012	2.641	10.491
Utenti per tipologia di Unità d'Offerta	01. UDO per persone anziane non autosufficienti con ridotto-minimo bisogno assistenziale (1 livello)	1.066	1.550	1.593	1.454	5.663
	02. UDO per persone anziane non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (2 livello)	204	357	247	319	1.127
	03. Nucleo/Sezione Alta Protezione Alzheimer (SAPA)		94	23	51	168
	04. Nucleo/Sezione Stati Vegetativi Permanenti (SVP)	6	19	19	13	57
	05. Centro diurno per persone anziane non autosufficienti	13	68	129	34	244
	06. Comunità alloggio per persone anziane			19	14	33
	07. Struttura per religiosi di 1 livello		56	72		128
	09. Casa/UDO per anziani autosufficienti	239	206	322	344	1.111
	10. Casa Albergo/Mini alloggi per anziani (Allegato B DGR 84/2007)				22	22
	14.dgr 996 UDO per persone non autosufficienti	1.177	1.583	1.709	1.501	5.970

Assistenza alle persone con disabilità

L'assistenza alle persone con disabilità è garantita da un insieme di servizi che coordinano e concorrono a realizzare i servizi per le persone con disabilità, con particolare focus sui percorsi di valutazione e processi di co-costruzione di progettualità con persona e famiglia, sulla costruzione e monitoraggio di progetti d'inserimento sociale e lavorativo e sull'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali.

Tabella 1.4.13 Utenti presenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali, anno 2022.

Utenti	Distretto 1 -	Distretto 2 -	Distretto 3 -	Distretto 4 -	Totale
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	--------

	Treviso Nord	Treviso Sud	Pieve di Soligo	Asolo	AULSS2
UdO semiresidenziali (No tipologia 22 e 24)	322	316	383	635	1.656
<i>di cui a gestione diretta</i>	89	105	197	117	508
<i>di cui Progetti Sperimentali (tipologia 27-81-83-84-86-88)</i>	38	67	78	126	
UdO residenziali (tipologia 22 e 24)	132	305	177	208	822
<i>di cui doppia frequenza (UdO semiresidenziale)</i>	24	54	43	27	
Totale	454	621	560	843	2.478

Servizi per le Dipendenze

Il Servizio Dipendenze (Ser.D.) svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi da uso di sostanze psicoattive, legali e illegali e disturbi legati al gioco d'azzardo. All'interno del Ser.D. opera una équipe multidisciplinare, composta da professionisti di differenti competenze per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizza la centralità della persona. Il Ser.D. inoltre collabora con tutte le Comunità Terapeutiche della Regione Veneto accreditate per il trattamento delle dipendenze patologiche ed in particolar modo con le Comunità del territorio della provincia di Treviso convenzionate per l'attuazione di percorsi terapeutico-riabilitativi residenziali.

Tabella 1.4.14 Persone dipendenti prese in carico per distretto. Fonte dati: gestionale Ser.D..

	Distretto 1 e 2 Treviso Nord e Sud			Distretto Asolo			Distretto Pieve di Soligo			Totale AULSS n.2		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Utenti												
Tossicodipendenti	892	951	944	599	575	530	469	443	435	1.960	1.969	1.909
Alcolisti	504	550	579	367	382	374	197	215	244	1.068	1.147	1.197
Tabagisti	N.D.	N.D.	49	53	56	53	N.D.	N.D.	20	53	56	122
Dipendenza da gioco	95	79	85	64	71	69	60	41	43	219	191	197
Altro	222	222	188	33	53	44	176	163	86	431	438	318
Totale	1.713	1.802	1.845	1.116	1.137	1.070	902	862	828	3.731	3.801	3.743

Consultori Familiari

Il Consultorio Familiare è un Servizio di assistenza, sostegno e consulenza al singolo, alla coppia e alla famiglia. Le finalità del Servizio sono: fornire l'assistenza sanitaria, psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabili, sia biologica che adottiva; assicurare l'assistenza psicologica e sociale per i problemi della coppia e della famiglia; intervenire, in collaborazione con gli organi giudiziari, nelle situazioni di protezione dei minori in linea con quanto previsto dalla Carta dei diritti del bambino dell'ONU e dalle Linee Guida Regionali.

Tabella 1.4.15 Andamento delle prese in carico degli utenti nel 2021 e nel 2022.

Tipologia utenti	Utenti 2021	Utenti 2022	Diff. 2022 vs 2021
Singoli	14.280	13.439	164
Coppie	626	790	41
Famiglie	1.521	1.562	-841
Altri gruppi	182	144	-38
Totale	16.609	15.935	-674

L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che “la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice”.

L’associazionismo della Medicina Generale (Rete, Gruppo, Medicina di gruppo Integrata), fino al livello più avanzato costituito ad oggi dalle Medicine di Gruppo Integrate, rappresenta la modalità più diffusa e funzionale di erogazione dell’assistenza primaria territoriale. Nel nuovo contesto organizzativo dell’Azienda è stato elaborato un Piano di sviluppo delle cure primarie tenendo conto delle specificità geografiche, demografiche, dei servizi socio-sanitari attivi e dell’esperienza maturata dalla Medicina Convenzionata tramite i Patti aziendali e lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nel territorio della Marca Trevigiana.

Tabella 1.5.1 Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta forme associative distribuiti nel territorio, anno 2022.

Distretto	MMG	Medicine di Gruppo	Medicine di Gruppo Integrata	PLS	Associazion e semplice
Distretto 1 – Treviso Nord	125	12	3	26	6
Distretto 2 – Treviso Sud	131	13	1	26	1
Distretto 3 – Pieve di Soligo	131	6	2	24	4
Distretto 4 – Asolo	147	11	3	33	7
Totale	534	42	9	109	18

Il Dipartimento di Prevenzione

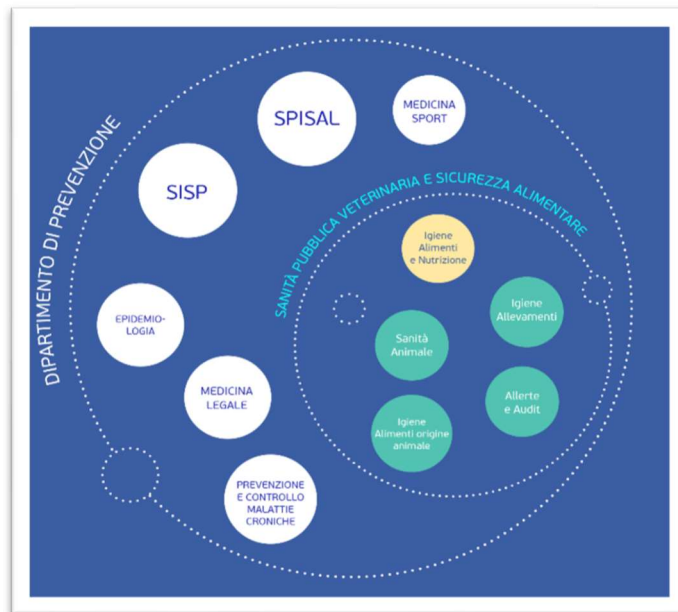
Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *evidence based prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma

anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'empowerment dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L'obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l'adozione di stili di vita sani, dall'altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare.

In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione, all'interno della Azienda ULSS, è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall'altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità.

Le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione sono raggruppate nei seguenti ambiti:

- Igiene e sanità pubblica
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina legale
- Prevenzione e controllo malattie croniche
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Epidemiologia



Coperture vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive.

Tabella 1.6.1 Coperture vaccinali dell'ultimo triennio. Fonte dati: Qlik regionale vaccinazioni (estrazione del 03.01.2023).

Copertura Vaccinale	2019	2020	2021	Obiettivo Regionale 2022
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,6	93,9	86,4	>=95%
Vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	93,7	92,3	73,2	>=95%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	42,5	51,9	42,2	>=60%*

*In caso di valori >=40% e <=59,9% attribuzione di un punteggio parziale

Screening oncologici

Gli screening sono interventi organizzati di sanità pubblica, completamente gratuiti, in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. L'obiettivo dei test di screening è

individuare la presenza di un'eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità. Attraverso chiamate attive vengono offerti, gratuitamente, un test di 1° livello (test di screening) e, se necessario, anche esami di approfondimento (2° livello) ed eventuali trattamenti (3° livello). I soggetti destinatari decidono, volontariamente, se aderire. Attualmente sono tre i tumori per i quali l'Azienda ULSS 2 offre programmi di screening organizzato.

Tabella 1.6.2 Copertura degli screening mammografico, della cervice uterina e del colon retto nell'ultimo triennio. Fonte dati: Qlik regionali screening oncologici (estrazione del 03.01.2023).

Screening- Copertura	Copertura 2020	Copertura 2021	Copertura 2022	Obiettivo Regionale 2022
Screening mammografico	63,6%	69,7%	61,9%	>=60%
Screening cervice uterina	55,7%	67,7%	76,3%	>=50%
Screening colon retto	65,2%	78,1%	66,6%	>=50%

Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL

Gli obiettivi del Servizio Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) sono la prevenzione delle malattie e degli infortuni correlati al lavoro ed il miglioramento del benessere di chi lavora. Il servizio persegue questi obiettivi attraverso le attività riepilogate nella Tabella che segue.

Tabella 1.6.3 Attività di prevenzione e organico SPISAL, 2020-2022.

Servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro SPISAL	2021	2022
Attività produttive sottoposte a controllo di cui:		
cantieri	924	638
cantieri per bonifica amianto	22	39
aziende agricole	46	61
Copertura attività produttive soggette a controllo	-	5.4%
Inchieste per infortuni sul lavoro concluse	131	141
Inchieste per malattie professionali concluse	316	82
Visite mediche	64	125
Ore di formazione erogate	Dato non disponibile	45
Persone formate	Dato non disponibile	900
Personale di cui:		
medici del lavoro	5	5
tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	27	27
chimici, biologi, ingegneri, fisici, psicologi	1 psicologo esterno	1psicologo esterno
assistenti sanitari, infermieri	2	2

Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare

Al fine di tutelare il consumatore in relazione all'igiene degli alimenti, i servizi del Dipartimento di Prevenzione garantiscono attività di controllo ufficiale in tutta la filiera alimentare: sulle produzioni agricole e sui mangimi, sulla salute e sul benessere degli animali, sui produttori, sulla lavorazione, trasformazione, distribuzione, vendita e somministrazione degli alimenti. Le tabelle che seguono riepilogano alcune delle

attività eseguite nell'ambito della sicurezza alimentare.

Tabella 1.6.4 Servizio Igiene alimenti e Nutrizione.

Servizio Igiene alimenti e Nutrizione	2020	2021	2022
Nr. controlli/campioni sugli alimenti di origine vegetale	204	276	353
Nr. controlli/campioni sulle bevande, vini ed acque destinate al consumo umano	1.335	1.512	1.483
Nr. controlli negli esercizi del settore di produzione/trasformazione/commercializzazione di alimenti vegetali	1.642	819	635

Tabella 1.6.5. Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati.

Servizio di Igiene degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati	2020	2021	2022
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti produttori di alimenti di origine animale	4.579	4.224	4.800 (+ 90 SCAA)
Nr. ispezioni/controlli negli stabilimenti di sottoprodotti di origine animale	38	38	80
Nr. ispezioni in stabilimenti produzione/lavorazione (non ricomprese nei punti precedenti)	370	360	700
Nr. ispezioni in stabilimenti macellazione	3.161	3.106	3.100

Tabella 1.6.6. Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Servizio Veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	2020	2021	2022
Piano Nazionale Alimentazione animale: campioni	175	207	199
Piano Nazionale Residui: campioni	473	540	594
Piano Nazionale Benessere Animale: ISPEZIONI	155	310	268

Tabella 1.6.7. Servizio Sanità Animale

Servizio Sanità Animale	2020	2021	2022
Nr allevamenti avicoli controllati: nr prelievi SALMONELLA	56	56	60
Capi BOVINI controllati per TBC, Brucellosi, Leucosi: nr. capi	11.845	17.387	10.000 c.a.
Capi BOVINI controllati per TBC, Brucellosi, Leucosi: nr. allevamenti	147	196	195 c.a.
Capi OVICAPRINI controllati per BRUCELLOSI : nr. capi	6.005	6.665	5.000 c.a.
Capi OVICAPRINI controllati per BRUCELLOSI : nr. allevamenti	268	236	300 c.a.

All'interno del Servizio Veterinario Sanità Animale opera l'Unità Operativa Semplice Igiene urbana, prevenzione randagismo, tutela degli animali da affezione e interventi assistiti con animali, che ha sede presso il Canile Sanitario, e le cui principali attività sono riepilogate di seguito.

Tabella 1.6.8. Servizio di Igiene Urbana Veterinario

Servizio di Igiene Urbana Veterinario	2020	2021	2022
Lotta al randagismo: cattura cani randagi/vaganti	1.437	1.293	1.189
Lotta al randagismo: colonie feline registrate	146	148	135
Lotta al randagismo: gatti di colonia sterilizzati	852	1.082	1.343

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2023-2025 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio.

Il Valore Pubblico che l'Azienda intende perseguire ispira tutti gli obiettivi di performance che vengono definitivi e monitorati dall'Azienda, riducendo il rischio che gli sforzi compiuti per il raggiungimento delle performance attese, ad opera dei tanti dipendenti (performance individuali) per il tramite delle molte unità organizzative di appartenenza (performance organizzative), si riduca a tante attività scomposte e tra loro scoordinate.

Anche la prevenzione della corruzione è produttiva di valore pubblico e ha natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale dell'azienda. Nel prevenire fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, la prevenzione della corruzione contribuisce a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. La corretta ed efficace predisposizione di misure di prevenzione della corruzione, tra l'altro, contribuisce ad una rinnovata sensibilità culturale in cui la prevenzione della corruzione non va intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma deve essere considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'azienda al servizio dei cittadini.

Valore pubblico

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha il compito di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza come definiti dal D.P.C.M. 12.1.2017 e dai successivi accordi intervenuti. Essa realizza inoltre nel proprio ambito territoriale di riferimento, le finalità del Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, impiegando nei processi di assistenza le risorse assegnate secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza e pubblicità.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana non si limita a svolgere un compito di mera produzione di servizi, come qualsiasi organizzazione sanitaria: l'Azienda, incarnando appieno la natura di ente pubblico, intende creare e offrire **valore** per i cittadini.

Quale tipo di valore pubblico?

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana concorre a costruire valore pubblico perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute. La salute psicofisica è infatti ormai comunemente intesa come il risultato di diversi fattori, non solo di mero benessere fisico, ma anche di altra natura. Un'integrazione e un dialogo tra i diversi stakeholder coinvolti risulta dunque necessario e irrinunciabile per il raggiungimento degli obiettivi che l'azienda si propone.

La parola chiave è quindi "sinergia". L'operato aziendale mira a porre in essere, tra gli altri, obiettivi complessi e ambiziosi come quelli relativi allo sviluppo sostenibile definiti dall'Agenda ONU 2030

(Sustainable Development Goals SDGs) che, per la loro natura, necessariamente si raggiungono convogliando le energie di tutte le amministrazioni pubbliche.



Questo piano di azione, sottoscritto a settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'ONU, individua gli obiettivi da raggiungere o meglio i **valori** che dovrebbero guidare il nostro Paese e di conseguenza l'azione di governo di tutte le amministrazioni pubbliche. L'Agenda è articolata in 17 Obiettivi sopra illustrati declinati a loro volta in 169 target, da raggiungere idealmente entro il 2030. Coprono una serie di tematiche legate allo sviluppo sostenibile, dalla sfera economica a quella sociale, politica e ambientale. L'Obiettivo numero 3, in particolare, tratta di salute, racchiudendo diversi target nello slogan "Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età".

Come azienda sanitaria, l'Azienda ULSS 2 si concentra in particolare su questo obiettivo e pone l'attenzione sulle seguenti aree strategiche:

- ridurre il tasso globale di mortalità materna e infantile;
- porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e combattere epatite e altre malattie trasmissibili;
- ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione, il trattamento e la promozione di salute mentale e benessere;
- rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol;
- dimezzare il numero globale di morti e feriti per incidenti stradali;
- garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva;
- ridurre sostanzialmente il numero di morti e malattie dovute a sostanze chimiche pericolose e all'inquinamento e alla contaminazione dell'aria, dell'acqua e del suolo;
- raggiungere una copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l'accesso a medicinali e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e convenienti per tutti;
- rafforzare la capacità di tutti i paesi di allerta precoce, riduzione del rischio e gestione dei rischi sanitari nazionali e globali.

La centralità della salute dell'individuo, globalmente intesa, trova espressione anche in due documenti di carattere regionale: il Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 e il Documento di economia e finanza regionale 2023-2025.

Il Piano di Prevenzione intende consolidare l'attenzione sulla centralità della persona considerando anche l'alfabetizzazione sanitaria, intesa come la capacità degli individui di agire per la propria salute e per quella

della collettività (empowerment) e aumentare l'interazione con il sistema sanitario (engagement) attraverso relazioni basate sulla fiducia.

Il Documento di economia e finanza regionale per il triennio 2023-2025 all'interno della missione 6 "Tutela della Salute" richiama la necessità in questa fase post pandemica di riorganizzare i servizi e le figure sanitarie coinvolte nei processi organizzativi, rivedere i servizi territoriali per migliorare l'assistenza ai malati fragili e cronici e potenziare le cure domiciliari, anche avvalendosi di nuove tecnologie come la telemedicina e digitalizzazione.

Quale strategia viene attuata per favorire la creazione di questo valore pubblico?

Al fine di incrementare il valore pubblico l'Azienda definisce dei propri obiettivi strategici esplicitati nella sezione successiva "Performance" tenendo in considerazione in particolare i seguenti aspetti:

- l'accessibilità, fisica e digitale, dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- la semplificazione dell'azione amministrativa e revisione dei processi;
- le politiche di risparmio energetico.

Inoltre l'Azienda intende perseguire valore pubblico anche attraverso la mappatura e la valutazione dei processi interni, che "fotografano" l'attività aziendale, in modo da individuare e presidiare le aree di attività maggiormente esposte al rischio corruttivo e apportare continui miglioramenti e semplificazioni, in un'ottica di efficacia, efficienza ed economicità.

Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l’Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico.

Per il triennio 2023-2025 l’Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

1. aumentare la sostenibilità nell’uso delle risorse;
2. migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino;
3. sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.



Per ogni obiettivo strategico sono stati definitivi degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);
- dall’altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con DGRV n. 1702 del 30.12.2022 “*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l’anno 2023*” (tipo obiettivo “R”).

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale: in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall’Azienda.

Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell’uso delle risorse

Con questo obiettivo strategico l’Azienda pone l’attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse, sia economiche che umane. In questo ambito rientrano gli obiettivi di efficientamento energetico perché dall’anno scorso il tema dell’energia riguarda tutti i settori e quindi anche le aziende sanitarie, e obiettivi relativi allo sviluppo di strumenti per un controllo accurato dell’impiego delle risorse materiali, in particolare dei beni sanitari.

In questo obiettivo rientra inoltre il tema dell’assegnazione del setting assistenziale più idoneo per il paziente post-acuto tenendo conto che la sostenibilità complessiva del sistema è fattibile solo se vi è una grande

attenzione ad occupare i posti letto per acuti con pazienti che affettivamente ne hanno bisogno per poi procedere tempestivamente al trasferimento in una struttura a più basso livello assistenziale (ad esempio ospedali di Comunità).

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Interventi di efficientamento energetico legati all'adeguamento degli impianti dei presidi ospedalieri di Castelfranco, Montebelluna e Oderzo	A	Sostituzione della caldaia della centrale termica e assorbitore	Sostituzioni nel P.O. di MB	
	A	Riattivazione del sistema di cogenerazione	Interventi nel P.O. di CF	
	A	Implementazione di un sistema trigenerativo	Interventi nel P.O. di MB	Interventi nel P.O. di Oderzo
	A	Sostituzione delle lampadine con lampade a led	Intervento nei P.O. di CF e MB	
Campagna di sensibilizzazione al personale dipendente sul risparmio energetico	A	Comunicazione a tutti i dipendenti via email	Comunicazione inviata	
		Affissione dépliant in tutti gli edifici aziendali	Dépliant affissi in tutti gli edifici	
Affinare il sistema di previsione e monitoraggio sull'utilizzo dei fattori produttivi	A	Analisi periodica dell'impiego dei fattori produttivi (in particolare Dispositivi Medici) rispetto ai dati di produzione	Un report mensile specifico e focus sui beni sanitari in occasione delle rendicontazioni trimestrali	Mantenimento
Sviluppo Ospedali di Comunità: assegnazione del setting assistenziale idoneo per il paziente post acuto	A	Avvio Ospedali di Comunità previsti dalla programmazione regionale/PNRR	Attività di sviluppo organizzativo per l'avvio dell'ODC Vittorio Veneto	23 posti letto attivati Vittorio Veneto
			30 posti letto attivati nell'ODC di Castelfranco	

OBIETTIVO OPERATIVO	TIP O	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2023 e DPC Farmaci 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD e DPC Dispositivi Medici e IVD 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2023	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Costi Sperimentazioni cliniche	SI	SI

Rispetto dei vincoli di costo del personale	R	Rispetto del limite di spesa del personale come definito con Decreto del Direttore di Area	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Applicazione di quanto previsto nel verbale di confronto tra l'Amministrazione regionale e le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza dell'Area Sanità del 02/08/22 in materia di rispetto delle condizionalità per l'accesso alla quota perequativa delle risorse previste dall'art. 1, commi 435 e 435 bis della Legge 205/2017	SI	SI
Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi	R	Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT	SI	SI
Efficientamento dei processi amministrativi	R	Perseguimento dell'efficienza finanziaria: Azzeramento debito scaduto	0	0
		Perseguimento dell'efficienza finanziaria: mantenimento dei tempi di pagamento	≤ 20 gg	≤ 20 gg
		Presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023	100%	100%
		Rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche	100%	100%
		Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%
		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SI	SI
Miglioramento appropriatezza consumo farmaci e dispositivi medici	R	Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei Farmaci e vigilanza	SI	SI

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

L'Azienda mira a migliorare l'accessibilità ai propri servizi intervenendo su due piani di azione. Da un punto di vista fisico l'Azienda intende "avvicinarsi al cittadino" sviluppando i servizi territoriali, come le Centrali Operative Territoriali e le case di comunità, e potenziando gli infermieri di famiglia.

Da un punto di vista digitale, l'Azienda intende sviluppare strumenti informatici che consentano al cittadino di prenotare direttamente le prestazioni ambulatoriali (servizi on-line), nonché ampliare le prestazioni di telemedicina che grazie all'utilizzo di tecnologie moderne rendono possibile un ripensamento dell'assistenza territoriale.

In tema di accessibilità un obiettivo di particolare rilievo è quello relativo all'attivazione dei primi posti letto nella Cittadella della Salute di Treviso, una struttura all'avanguardia pensata per favorire l'accesso anche alle persone con disabilità.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia previsto dal DM 77/2022	A	N. Infermieri di famiglia assunti e impiegati nell'assistenza territoriale	n. 16 infermieri di famiglia in azienda	Incremento della numerosità

Implementazione Centrali Operative Territoriali	A	Sviluppo della progettualità relativa alla COT come previsto dal DM 77/2022 e dalle linee guida del PNRR	Sviluppo del modello organizzativo di coordinamento dei servizi territoriali/ospedalieri	Attivazione 8 COT territoriali nel 2024
Attivazione Case di Comunità	A	Definizione degli aspetti organizzativi relativi alle Case della Comunità come previsto dal DM77/2022	Sviluppo del modello organizzativo dell'assistenza di prossimità	Conclusione n. 17 Case della Comunità (2026)
Accessibilità fisica: Cittadella della Salute	A	Avvio attività ospedaliera presso il nuovo ospedale Cittadella della Salute di Treviso	Primi reparti trasferiti dal mese di maggio	Trasferimento completo
Sviluppo della rete infrastrutturale ospedaliera	A	Lavori di ristrutturazione ospedaliera		Ampliamento Ospedale di Conegliano: nuovo polo area critica, medica, diagnostica e materno infantile
				Riqualificazione ospedale di Oderzo: ristrutturazione dei reparti, nuova rianimazione e ampliamento sale operatorie
Accessibilità digitale: DIGITAL E-HEALTH EMPOWERMENT	A	Potenziamento dei servizi on-line da parte dei cittadini, affinché in modo autonomo possano accedere digitalmente ai servizi digitali (accesso con codice fiscale)	Avvio della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali da parte del cittadino (CUP regionale)	
Sviluppo della telemedicina per pazienti cronici in autocontrollo, nelle RSA e in assistenza domiciliare integrata	A	Teleriabilitazione domiciliare post-covid/long-covid: assistenza da parte del fisioterapista attraverso contatto telematico	Mantenimento	Mantenimento
		Teleabilitazione e controllo del neonato prematuro: assistenza da parte del fisioterapista ai genitori e servizio di telecontrollo periodico	n. 20 pazienti prematuri seguiti	Incremento del 10%
		Telemonitoraggio pace-maker, defibrillatori impiantabili e loop recorder: personale medico, infermieristico e tecnico accedono alla piattaforma in cloud che consente di accedere ai dati clinici del paziente e monitorarne lo stato di salute	Implementazione nel distretto di Pieve di Soligo	
		Monitoraggio a distanza dei pazienti chirurgici a pre/post intervento	Sperimentazione del monitoraggio a distanza nei pazienti sottoposti a chirurgia coloretale e gastrica (in protocollo ERAS) Chirurgia di Conegliano	

		Telediabetologia: consultazione da parte dello specialista dei dati provenienti dai glucometri distribuiti a domicilio dei pazienti	Pazienti in carico al CAD seguiti in telemonitoraggio: n. 700 pazienti over 75 n. 300 donne gravide	
		Gestione in telemedicina dei pazienti neoplastici con la nutrizione parenterale	n. 50 pazienti seguiti del Distretto di Treviso	Estensione a tutti i distretti
		Attivazione della telemedicina (Decentralized care) e programma di teleriabilitazione per il paziente cardiocirurgico	Attivazione del programma per i pazienti operandi presso la Cardiocirurgia. N. 300 pazienti presi in carico	
		Implementazione sistema point of care in RSA: teleradiologia e telerefertazione diagnostica	Attivazione presso ISRAA Treviso	Estensione ad almeno 1RSA per DSS (nel 2024)
		Implementazione sistema point of care in RSA: teleradiologia e telerefertazione diagnostica	50% di incremento rispetto al 2022	
Accessibilità digitale: DIGITAL ORIENTEERING	A	Supporto al cittadino per accedere ai servizi ospedalieri, in particolare facilitando il raggiungimento del reparto di ricovero o dell'ambulatorio per una visita, attraverso strumenti di orientamento digitale (mappe digitale e segnaletica intelligente digitale)	Definizione del progetto esecutivo	Implementazione nella Cittadella della Salute Treviso
Accessibilità fisica: Cittadella della Salute	A	Avvio attività ospedaliera presso il nuovo ospedale Cittadella della Salute	Primi reparti trasferiti dal mese di maggio	Trasferimento completo
Sviluppare il Piano Triennale di Comunicazione	A	Attivazione corsi di formazione per gli operatori sulla comunicazione dello stato di salute all'utente	2 corsi attivati	5 corsi attivati
		Sviluppo della comunicazione all'utenza nelle sale d'attesa	6 sale d'attesa ospedaliere con nuovo standard di comunicazione	12 sale d'attesa ospedaliere/ territoriali
		Progetto ONE HEALTH: incontri mirati a target di utenti finalizzati a un approccio integrato sulla promozione della salute	Definizione del progetto	Avvio incontri
Individuazione precoce dei casi di depressione post-partum e presa in carico delle pazienti	A	Inserimento dati test di Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale) nel sistema informativo CEDAPWEB e conseguente presa in carico in base al livello di rischio rilevato	100% delle puerpere con questionario compilato	Mantenimento

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Perseguimento PNRR M6	R	M6 C2 intervento 1.1 GRANDI APPARECCHIATURE Avanzamento delle attività finalizzate al completamento della milestone prevista dal POR con termine di esecuzione T4 2024	SI	SI
		M6 C2 intervento 1.2 Verso un OSPEDALE SICURO E SOSTENIBILE Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T3 e T4 2023 e avanzamento attività T2 2026 PNRR-PNC	SI	SI

		M6 C1 intervento 1.1 - CASE DELLA COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	SI	SI
		M6 C1 intervento 1.2.2 COT Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T2 2023	SI	SI
		M6 C1 intervento 1.3 OSPEDALI DI COMUNITA' Completamento delle milestone previste dal POR con termini di esecuzione T1 e T3 2023	SI	SI
		Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	SI	SI
		Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario secondo il piano elaborato da FSSP	SI	SI
		Rispetto della rendicontazione mensile su Regis e del monitoraggio mensile mediante aggiornamento dei diagrammi di Gantt	SI	SI
Perseguimento interventi strategici edilizia ospedaliera	R	Avanzamento lavori per il potenziamento dei PL di Terapia Intensiva a Semi-Intensiva previsti dal DL 34	SI	SI
		Completamento della prima milestone relativa al programma straordinario di investimenti in sanità (Art. 20 L. 67/88) aggiornato con DGR dicembre 2022; Avvio lavori bunker di radioterapia IOV - PO Castelfranco	SI	SI
Sviluppo assistenza territoriale	R	Definizione agende per disponibilità e registrazione di teleconsulti tra struttura ospedaliera e articolazioni distrettuali	SI	SI
		% anziani >= 65 anni trattati in ADI	Rispetto soglia regionale	Rispetto soglia regionale
		COT - adeguamento al modello organizzativo previsto dai relativi provvedimenti regionali	SI	SI
		Adeguamento ai requisiti di Accreditamento delle Cure Domiciliari e delle Reti di Cure Palliative nelle tempistiche previste dal relativo provvedimento regionale	SI	SI
		Recepimento del Documento di programmazione regionale in attuazione del Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77	SI	SI
		Adeguamento alle disposizioni regionali in relazione alla medicina generale e garanzia della copertura popolazione-assistenza sanitaria di base (MMG/PLS) >99%	SI	SI

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che si possa sempre migliorare e che solo mettendo in discussione prassi a volte consolidate negli anni si possano trovare nuove strade più efficienti ed efficaci, anche grazie allo sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale.

In questo contesto particolare rilevanza assume il tema della gestione delle liste d'attesa che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda che si assume la responsabilità di seguirlo nell'affrontare il suo problema di salute per tutto il tempo necessario, non solo nella fase acuta ma anche nei controlli successivi.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Sviluppo di strumenti di intelligenza artificiale per la diagnosi della penombra ischemica e per la diagnosi TC di malattie interstiziali polmonari	A	Diffusione dell'utilizzo dei software di intelligenza artificiale	Referti TAC polmone e TAC cerebrale che utilizzano i software di IA	Incremento delle terapie di riperfusioni effettuate dall'Azienda
Presa in carico del paziente da parte dello specialista	A	Gestione delle liste d'attesa: presa in carico dei pazienti cronici	90% dei pazienti presi in carico	Mantenimento
Da modello aziendale socio sanitario a modello sanitario	A	Collaborazione con i Comuni per il passaggio al nuovo modello gestionale: Analisi dello stato dell'arte e programmazione dei tempi/modi per il trasferimento delle competenze	Programmazione effettuata	Supporto al trasferimento delle attività per le diverse aree socio-sanitarie
Rendicontazione sull'utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche	A	Identificazione di un modello specifico	Messa a regime del modello	Attivazione ufficio dedicato
Rinnovo autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale	A	Visita autorizzazione e accreditamento effettuata		
Implementazione delle attività di Cybersecurity al fine di aumentare il livello di sicurezza informatica	A	Prosecuzione del progetto	90% delle fasi previste per l'anno	

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2023	TARGET BIENNIO 2024-2025
Miglioramento dei tempi di attesa	R	% prestazioni erogate nel rispetto della priorità sulle prescritte degli ultimi 12 mesi (per macrocategorie)	>20% rispetto al 31/12/2022	>20% rispetto al 31/12/2022
		% prestazioni erogate sulle prescritte prima del 31/12/2022	≥ 60%	≥ 60%
		Stipula di un accordo con l'azienda sanitaria territoriale per il miglioramento dei tempi di attesa entro il 31 marzo	SI	SI
		% DRG chirurgici con rispetto dei tempi di attesa per ciascuna classe di priorità per ricoveri oncologici e non oncologici	≥ 90%	≥ 90%
Avvio Sistema Informativo Ospedaliero	R	Avvio del SIO entro il 31/12/2023 da parte di tutte le Aziende Sanitarie del SSR	SI	SI
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		Volumi interventi di colecistectomia laparoscopica	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		Volumi interventi di PTCA	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale

		D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Rispetto soglia nazionale ictus ischemico	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti).	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		B4.1.1A - Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o miglioramento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
		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	Rispetto nazionale	soglia	Rispetto soglia nazionale
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione (*)	Mantenimento rispetto nazionale	soglia	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto (*)	Mantenimento rispetto nazionale	soglia	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale (*)	Mantenimento rispetto nazionale	soglia	Mantenimento rispetto soglia nazionale
Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023	R	Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali	SI		SI
		Attivare i tavoli intersettoriali per la realizzazione delle azioni del Piano Regionale Prevenzione finalizzate alla diffusione e alla messa in rete dei servizi territoriali per la modifica dei fattori di rischio nel soggetto cronico	SI		SI
		Effettuazione di una esercitazione Aziendale nell'ambito del Piano Strategico Operativo Regionale	SI		SI
Aumentare le coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	SI		SI
		Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione)	>=80%		>=80%
Estensione del programma di screening per HCV	R	Percentuale di soggetti delle coorti 1969-1989 che hanno effettuato la sierologia per HCV sul totale dei soggetti residenti delle stesse coorti	>=15%		>=15%
Efficientamento del processo di fatturazione delle attività per la sicurezza alimentare e veterinaria	R	% di registrazione nel sistema informativo centralizzato (GESVET/SIANNET/OMNIA) delle schede relative agli stabilimenti suscettibili del pagamento delle sezioni da 1 a 5 e delle informazioni sull'assoggettamento al pagamento per la sez 6 di cui all'allegato 2 del Dlgs 32/2021	95%		95%

Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali	R	Sviluppo dei Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD): partecipazione agli incontri di Coordinamento sul Progetto Regionale finanziato dal Fondo Alzheimer	70%	70%
		Monitoraggio delle azioni previste per il 2023 dal Piano Triennale di miglioramento delle attività cliniche dei CDCD e della presa in carico del paziente Alzheimer di ciascuna Azienda	100% monitoraggio intermedio settembre e relazione finale dicembre	100% monitoraggio intermedio settembre e relazione finale dicembre
		Flusso informativo regionale per le prestazioni extraospedaliere in Area Disabilità: % valutazioni con errore bloccante nell'ultimo invio effettuato entro la scadenza dei termini	< 10%	< 10%
		Monitoraggio delle attività delle Unità Funzionali Distrettuali Adolescenti (UFDA): compilazione della scheda di rilevazione delle attività entro i termini	SI	SI
		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	>41	>41
		Attuazione del Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico: soddisfazione degli adempimenti richiesti dal Questionario LEA	SI	SI
		Valorizzazione ruolo di Hub	R	Mantenimento attrazione per pazienti extraregione specifico per azienda sanitaria
Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti	R	Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia	$\geq 20\%$	$\geq 20\%$
		STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero	$> 65\%$	$> 65\%$
Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita	R	% di parti con almeno un evento avverso	$\leq 4\%$	$\leq 4\%$
Miglioramento della presa in carico del paziente oncologico	R	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	SI	SI
Miglioramento della qualità del debito informativo	R	Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati	SI	SI
Formazione e sviluppo delle professioni sanitarie	R	Presidiare lo sviluppo ed il mantenimento di competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione ECM: realizzare almeno il 50% del Piano Formativo Annuale ECM	$\geq 50\%$	$\geq 50\%$
Sviluppo dei progetti di qualità percepita	R	Rispetto delle attività programmate relative alle indagini di qualità percepita (Clima organizzativo, PREMs, PROMs, PaRIS)	SI	SI

Rischi corruttivi e trasparenza

L'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto, secondo le indicazioni che sono contenute nel D.M. n. 132/2022, avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni del e per la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale dell'Azienda. Tale obiettivo generale va poi declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Scopo della presente sezione è quello di definire, in linea con gli obiettivi strategici aziendali, una strategia aziendale di prevenzione della corruzione organica e sistematica e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere altresì alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia a livello nazionale, in particolare dalla Legge 6.11.2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

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

Le fasi principali sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema. Il processo si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022. Il Presidente dell'ANAC, nel commentare l'adozione, ha sottolineato il fatto che "Il PNA è uno strumento fondamentale che rafforza l'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, puntando nello stesso tempo a semplificare e velocizzare le procedure amministrative".

Il contenuto di tale documento è di fondamentale importanza per la gestione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione e della trasparenza e per tale motivo dovrà essere applicato da tutti gli attori aziendali coinvolti in tale ambito, secondo le tempistiche indicate da ANAC.

Organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e trasparenza

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Ai sensi dell'art 1 della L. 190/2012 "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (ora sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO). L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)". Il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Con delibera del Direttore Generale n. 2195 del 11.11.2021, l'Azienda ha nominato l'Avv. Marzia Volpato come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e con l'approvazione del presente documento la stessa viene confermata in tale ruolo.

L'Azienda ha seguito le indicazioni riportate nel PNA 2019 di ANAC in merito alla scelta del RPCT. Infatti è stata garantita l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione,

sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Per lo svolgimento dei suoi compiti, al RPCT deve essere garantito adeguato supporto in termini di risorse umane, finanziarie e strumentali. Lo stesso deve avere accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo, per l'esercizio della quale individua le migliori modalità atte anche alla salvaguardia della riservatezza.

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche *in eligendo*.

I compiti e le responsabilità del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 190/2012 e dal D. Lgs. 8.4.2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiarite in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

Con DDG n. 2518 del 30.12.2022, avente per oggetto "Adozione del Regolamento aziendale in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)", è stato disposto che nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Direttore della UOC Affari generali e legali.

Con nota prot. n. 7470 del 13.01.2023, il Direttore generale, al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, ha provveduto ad individuare come sostituto del RPCT in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, fino a diversa determinazione, il Dott. Carlo Frattin, Direttore della UOC Affari Generali e Legali.

Con il presente documento, si provvede a confermare come sostituto del RPCT, in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, il Dott. Carlo Frattin.

I referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Data l'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, della sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT sono individuati referenti della prevenzione della corruzione tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a valenza dipartimentale e semplice, sotto la supervisione, a seconda della struttura di appartenenza, del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, del Direttore della Funzione ospedaliera, dei Direttori di Distretto socio sanitario.

È dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell'Allegato 2, nel quale sono dettagliati gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione, sono altresì indicati i Referenti principalmente coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure generali.

I Referenti del RPCT, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, concorrono, a titolo esemplificativo, a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione, assicurando obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- garantire l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione di propria competenza;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

- verificare la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, ove necessario, specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli già previsti da disposizioni di legge.

Oltre a tali attività, l'RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

I referenti del RPCT vengono inoltre coinvolti nella fase di aggiornamento del documento relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Per quanto riguarda il presente aggiornamento, gli stessi sono stati coinvolti nella predisposizione del nuovo Piano inserendo nel *format* per la relazione annuale da presentare entro fine 2022 una sezione relativa a "suggerimenti per l'elaborazione della strategia aziendale di prevenzione dei rischi corruttivi". E' stato suggerito di proseguire nella formazione del personale.

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

Tutto il personale è tenuto infatti a fornire all'RPCT e ai Referenti delle aree interessate dalla Sezione rischi corruttivi e trasparenza la collaborazione necessaria per prevenire la corruzione e, ai sensi dell'art. 8 del DPR n. 62 del 16.04.2013 (D.P.R. 62/2013), a rispettare le prescrizioni contenute nella Sezione stessa.

Inoltre, l'Azienda sta procedendo ad individuare un gruppo di operatori, scelti, d'accordo con i relativi Responsabili, all'interno dei settori maggiormente coinvolti dall'attuazione della strategia aziendale di contrasto alla corruzione, al fine di creare una struttura organizzativa di supporto alla figura del RPCT, trasversale all'interno dell'Azienda.

Il responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

ANAC, con il comunicato del 28.10.2013, ha stabilito che ogni Stazione appaltante deve 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 dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede poi l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, considerando questa come un'importante misura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocatione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione.

Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore dell'UOC Provveditorato.

Internal auditing

L'Internal Auditing si occupa in particolare di assicurare il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione con l'obiettivo di assistere la direzione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di *corporate governance*, svolgendo altresì specifica attività di audit per migliorare il controllo dei principali processi amministrativi dell'azienda.

L'obiettivo dell'Internal Auditing è quindi precipuamente quello di affrontare e gestire le molteplici tipologie di rischio derivanti sia da fattori endogeni che esogeni all'azienda, che devono essere identificati, analizzati, trattati e monitorati, in quanto, se trascurati o gestiti inadeguatamente, possono impattare sul grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali ovvero intaccare il patrimonio aziendale.

Il PNA 2022-2024 appena approvato precisa che, nella fase di monitoraggio del PIAO, viene accertata l'attuazione delle misure di prevenzione e la verifica delle loro idoneità. E' buona cosa non introdurre nuove misure bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni, evitando di

implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati.

All'interno dell'Azienda è prevista una stretta sinergia tra l'Ufficio Internal Audit e l'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione, in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di entrambe con un approccio volto alla misurazione, all'analisi e al miglioramento, gestendo così sia i rischi amministrativo contabili che quelli riguardanti la gestione del rischio corruttivo.

L'Internal Auditing aziendale coadiuva il RPCT svolgendo le seguenti funzioni:

- sviluppa un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza;
- supporta da un punto di vista metodologico l'analisi del contesto, la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruttivo connesso;
- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.

Nel piano triennale dell'Internal Audit 2023-2025, in corso di definizione, sono previste le attività di analisi e valutazione del rischio con le diverse unità operative al fine di valutare i seguenti rischi:

- amministrativo-contabile (non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative),
- frode (azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti),
- di compliance (mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne),
- nonché la verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento avviate nel 2022.

Nel corso del 2022, Internal Audit, RPCT e Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno proseguito con le attività relative alla gestione dei suddetti rischi seguendo la metodologia del *Control Risk Self Assessment* (CRSA), proposta da Azienda Zero per il controllo interno e armonizzata con la ISO 31000:2018 e le linee guida fornite da ANAC.

Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.8.2017 e n. 857 del 24.05.2018 è stato costituito un unico ufficio procedimenti disciplinari (UPD) per l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana che dovrà agire nel caso di procedimenti disciplinari per infrazioni punibili con sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 165/2001);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art.1, co. 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura assieme all'RPCT l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 62/2013.

I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Organismo indipendente di valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del D. Lgs. 14 .3.2013, n. 33 (D. Lgs. 33/2013) e della L. 190/2012.

Con il D. Lgs. 25.5.2016, n. 97 (D. Lgs. 97/2016) sono state rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con il D. Lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In particolare, come previsto dal D. Lgs. 25.5.2017, n. 74 (D. Lgs. 74/2017) e come confermato dal PNA 2019 (in linea con i precedenti PNA), gli OIV svolgono le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi relativi alla strategia di prevenzione della corruzione aziendale e quelli delle performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione rischi corruttivi e trasparenza sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali e attestazioni consultabili sul sito web dell'Azienda.

La gestione dei rischi di corruzione

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2019 sottolinea che il lavoro di autoanalisi organizzativa per individuare le misure di prevenzione della corruzione non è solo un adempimento burocratico, né un processo formalistico, ma contribuisce ad una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo.

L'analisi dei rischi deve essere di natura organizzativa, deve tendere all'acquisizione delle conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, piuttosto che all'applicazione meccanicistica di formule matematiche per il calcolo del rischio. È fondamentale la conoscenza degli stakeholders (utenti, operatori economici, ecc.).

Il processo di gestione del rischio riguarda tutti i livelli organizzativi, è graduale e di miglioramento continuo, non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive e non implica valutazioni sulla qualità degli individui ma su eventuali disfunzioni a livello organizzativo. L'intero processo deve tener conto anche dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi organizzativi per ridurre i rischi.

La scelta dell'Azienda è quella di continuare a prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. Viene promosso il coinvolgimento dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruttivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è basata sui principi individuati dal PNA, legati al processo di gestione del rischio, così come previsto dalla ISO 31000:2018, la cui metodologia è indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimanda il PNA 2022, ed è dettagliata nelle seguenti fasi:

- analisi dettagliata del contesto in cui si inserisce la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;
- identificazione dei rischi, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione degli stessi per ciascun processo;
- analisi dei rischi in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione dei rischi, determinando in tal modo il livello di rischio e quindi la priorità di trattamento;
- trattamento dei rischi, identificando le misure necessarie per trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

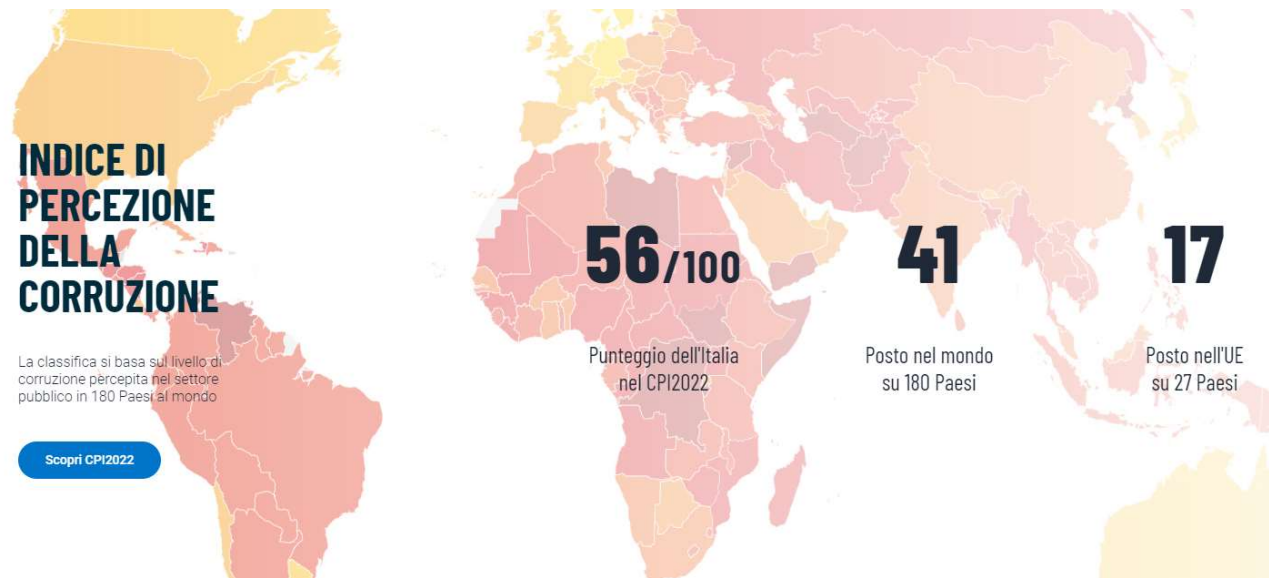
Secondo il processo di gestione del rischio sopra descritto, in primis viene realizzata l'analisi del contesto, attraverso cui l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare i rischi corruttivi che lo caratterizzano, in relazione sia alle peculiarità dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione ed attività (contesto interno).

Analisi del contesto esterno

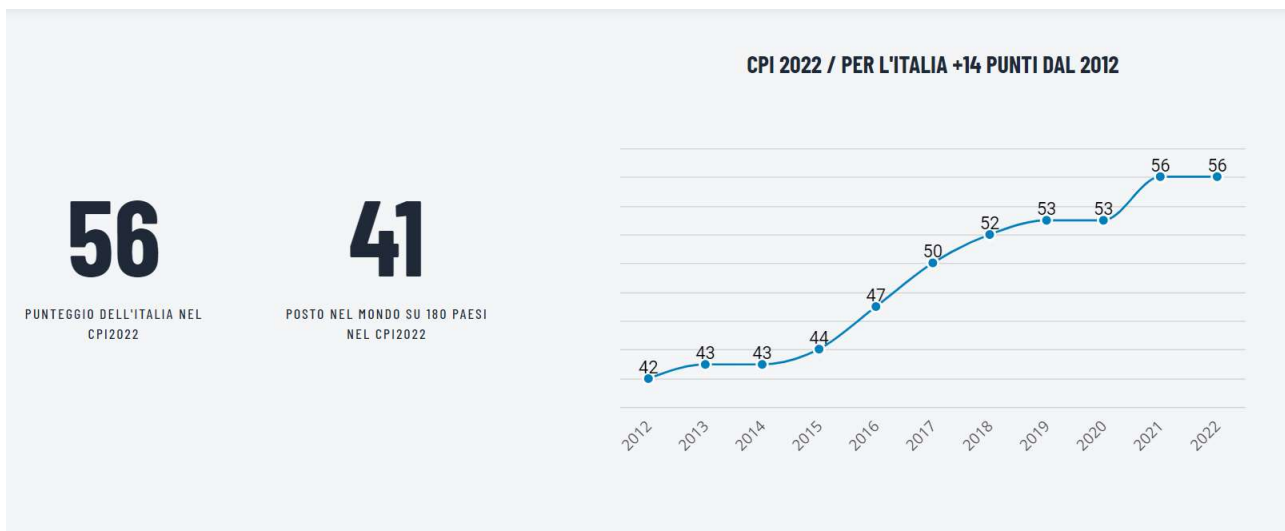
Il contesto nazionale

Il contesto italiano presenta vari rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione. Transparency International¹ pubblica l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. Nel 2022 l'Italia si classifica al 41° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi e raggiungendo un punteggio di 56/100.

A livello europeo l'Italia si pone al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 64/100.



Dal 2012 al 2022 in Italia sono state guadagnate n. 14 posizioni, a riprova dei progressi fatti in tale ambito.



¹ Transparency International è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo, la sezione Italia è stata fondata nel 1996 da persone di diversa estrazione sociale e professionale (imprenditori, accademici, funzionari e privati) e si rivolge a tutti gli individui, gli enti, le istituzioni, le associazioni private e pubbliche che condividano le finalità e intendano perseguire gli obiettivi propri del movimento internazionale e dell'organizzazione italiana (<https://www.transparency.it/chi-siamo>).

Il miglioramento del posizionamento è senz'altro da attribuire all'introduzione della legge anticorruzione, all'istituzione di ANAC, alle nuove norme sugli appalti, al diritto generalizzato di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione, all'adozione della disciplina a tutela dei whistleblower, alla maggiore trasparenza dei finanziamenti alla politica e, con la legge anticorruzione del 2019, ad un inasprimento delle pene previste per taluni reati.

E' di notevole importanza la partecipazione dell'Italia alla Rete europea delle Autorità per l'Etica pubblica, costituitasi a Parigi nello scorso giugno, al fine di avviare un'intensa collaborazione istituzionale tra le Autorità dei paesi membri dell'Unione europea che si occupano di integrità e trasparenza. I membri attualmente sono 11, compresa l'Autorità nazionale anticorruzione italiana: lo scorso 10 novembre, a Zagabria, è avvenuta la firma dello statuto della Rete, il cui obiettivo è quello di promuovere una cultura dell'integrità pubblica e armonizzare le norme dei diversi membri dell'UE individuando le *best practices* in materia.

La credibilità internazionale del Paese, che si è rafforzata in questi ultimi anni, ha influito sul clima generale di fiducia, sostenuto anche dagli sforzi espressi da numerosi stakeholder del settore privato e della società civile nel promuovere i valori della trasparenza, dell'anticorruzione e dell'integrità.

Lo sviluppo di nuovi strumenti, l'impegno delle Istituzioni e degli Enti per la lotta alla corruzione e la promozione della trasparenza costituiranno il volano per il conseguimento di risultati ancora più lodevoli per il nostro Paese. La sfida che riguarderà l'Italia nei prossimi anni è quella della piena realizzazione dei progetti previsti nelle missioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): il rilancio del Paese richiede la massima attenzione alla prevenzione dei rischi di corruzione

La Regione del Veneto e la Provincia di Treviso

In base ai dati della Prefettura di Treviso del 2021 su legalità e infiltrazioni mafiose, sono ancora attuali le difficoltà economiche legate alla pandemia e il conseguente rischio delle imprese trevigiane di cadere nella trappola dell'illegalità. Inoltre, in base a quanto riferito dal capo della Divisione investigativa antimafia (DIA) del Triveneto, è in corso "un patto tra Ndrangheta, Camorra e Cosa Nostra per spartirsi gli affari" in provincia di Treviso come in tutta la regione. Condizione presente fin da prima dell'inizio della pandemia ma che, in un momento critico come quello attuale, potrebbe aggravarsi. Tuttavia, dalla panoramica delle esigenze delle diverse categorie a un anno dall'emergenza sanitaria chiesta dal prefetto, è emerso che, pur essendoci settori maggiormente colpiti rispetto ad altri, come turismo e agricoltura, nel complesso il sistema economico ha resistito, anche grazie agli aiuti statali.

La sanità

La suddivisione dei casi di corruzione per tipologia di amministrazione vede le aziende sanitarie al terzo posto, dietro a Comuni e società partecipate.

In tale ambito, i settori maggiormente esposti sono:

- l'accreditamento istituzionale, con i rimborsi e la conferma dei requisiti;
- il settore farmaceutico e protesico, esposto ai rischi legati alla sperimentazione e all'innovazione, nonché al rischio di eventuali accordi collusivi tra operatore sanitario e case farmaceutiche, che favoriscono la prescrizione di certi farmaci o strumentazioni;
- l'affidamento degli incarichi sia interni che esterni;
- l'ambito della digitalizzazione della sanità dove alto è il rischio di richieste illecite volte ad ottenere la condivisione di dati sanitari o altri flussi informativi da parte di imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e di giganti informatici che puntano a profilare i pazienti per poi venderne le caratteristiche a terzi;
- l'area dei contratti pubblici, tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza;
- la gestione delle liste d'attesa e i decessi in ambito intraospedaliero, in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori.

La corruzione in sanità, fenomeno che non riguarda solo il nostro paese, ma anche le altre nazioni europee, provoca perdite pari a circa il 15% dei finanziamenti pubblici.

L'emergenza COVID-19

Nell'ambito della Pubblica Amministrazione, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono state le strutture maggiormente interessate dal fenomeno della pandemia da Covid-19, sotto l'aspetto operativo, gestionale e finanziario. Non solo l'emergenza Covid19 sta richiedendo ancora sforzi al Sistema Sanitario Nazionale, ma quest'ultimo deve anche fronteggiare gli attacchi di corrotti e speculatori. La cronaca giudiziaria racconta di una sanità sempre più aggredita ed è quindi fondamentale che i fondi stanziati dall'Europa per la ripresa economica, che alimentano anche il settore sanitario, vengano protetti da fenomeni corruttivi, in particolare prevedendo e attuando i giusti presidi di trasparenza e anticorruzione.

La sfida del PNRR

Come è noto, la pandemia e la crisi economica che ne è derivata hanno spinto l'UE a prevedere ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri con il programma Next Generation EU (NGEU - luglio 2020), sulla scorta del quale il Governo italiano ha poi predisposto il Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR).

In attuazione del Reg. UE 2021/241, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano si è previsto che ciascuna Amministrazione sia responsabile, nell'ambito degli interventi di competenza, dell'effettuazione dei controlli sulla regolarità delle procedure e delle spese, nonché dell'adozione delle misure necessarie per prevenire, individuare e sanzionare le irregolarità e gli indebiti utilizzi delle risorse stanziate. Il coordinamento e il monitoraggio a livello centrale sono invece di competenza della Ragioneria Generale dello Stato, cui competono altresì attività di controllo e di audit.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 22 del Reg. (UE) 2021/241, gli Stati membri devono adottare opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del "doppio finanziamento".

Il PNRR si configura come un programma di performance, con *target* qualitativi e quantitativi definiti con *deadline* stringenti. Pertanto, il controllo e la rendicontazione vanno oltre la mera verifica finalizzata ad assicurare che le spese sostenute siano regolari, conformi alla normativa vigente e coerenti con i risultati raggiunti. Difatti, i progetti correlati al PNRR, vanno monitorati e controllati, anche al fine di garantire il corretto conseguimento delle *milestone* (intermedie) e dei *target* attesi.

Le "Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori", emanate dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, prevedono che le Amministrazioni centrali titolari di misure (riforme/investimenti) PNRR, possano emanare proprie ulteriori procedure di dettaglio che tengano conto delle peculiarità dei vari interventi di competenza, proprio per assicurare ulteriori potenziali presidi di legalità e trasparenza, connessi alle singole procedure di attuazione e rendicontazione.

Nello specifico contesto in cui si trova ad operare l'Azienda ULSS n. 2, la Regione del Veneto ha coadiuvato la Direzione investigativa antimafia nei rapporti con le Aziende sanitarie al fine di agevolare l'attività di verifica e di controllo da effettuare durante la fase di esecuzione dei lavori.

Anche la Prefettura ha fornito le necessarie indicazioni al fine di potenziare e semplificare il sistema delle verifiche antimafia per corrispondere con efficacia e celerità alle esigenze degli interventi di sostegno e rilancio del sistema economico-produttivo conseguenti all'emergenza sanitaria globale COVID-19.

La Regione provvede a trasmettere le circolari e le direttive del Ministero della Salute – Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR, comprese quelle in materia di politica antifrode, conflitto di interessi e doppio finanziamento, nonché di monitoraggio attraverso il sistema informatico ReGiS.

E' inoltre in corso di sviluppo nell'applicativo Ready Fin, un'area dedicata alla parte di PNRR finanziata con le risorse statali, nella quale verranno censite tutte le informazioni necessarie per una corretta tracciatura contabile.

Sulla base di quanto richiesto dal Ministero della Salute e dalla Regione del Veneto, l'Azienda ha provveduto all'individuazione del referente unico aziendale per il PNRR e dei Responsabili unici del procedimento e dei referenti per ogni singolo intervento.

L'Azienda si è inoltre uniformata alle nuove prescrizioni introdotte dalla specifica normativa in materia, procedendo, per esempio, ad acquisire le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i soggetti

coinvolti nella selezione dei progetti e/o negli avvisi e bandi per la realizzazione degli interventi inerenti alla Missione 6 del PNRR, e provvedendo altresì a trasmettere le stesse, come previsto, all'Unità di Missione del Ministero della Salute e alla Direzione Edilizia ospedaliera e finalità collettiva della Regione del Veneto ed ad effettuare le necessarie verifiche.

L'Azienda inoltre provvede a trasmettere ai competenti Uffici regionali i file di monitoraggio periodico come richiesti dalla Regione stessa.

L'Azienda ha previsto uno specifico obiettivo strategico connesso alla realizzazione del PNRR, all'interno dell'Obiettivo strategico 3 - Innovazione e reingegnerizzazione dei processi, relativo alla "Rendicontazione sull'utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche", declinato poi in specifici obiettivi di budget per le unità operative coinvolte nell'attuazione del Piano.

Per quest'anno l'Azienda intende procedere a porre in essere le seguenti ulteriori azioni:

- valutare la costituzione di una unità di missione per supportare il Referente unico aziendale per il PNRR e in particolare per coordinare, monitorare, rendicontare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti dal PNRR;
- garantire supporto ai competenti uffici per l'eventuale aggiornamento della mappatura dei processi a rischio nell'ambito degli interventi PNRR;
- valutare la necessità di implementare Amministrazione trasparente in considerazione delle novità normative e di quanto indicato nel PNA 2022;
- effettuare specifica attività di monitoraggio sugli interventi PNRR da definire con la Direzione strategica sulla base delle direttive nazionali e regionali;
- identificare un sistema di rendicontazione delle attività relative alla gestione dei fondi PNRR, prevedendo la trasmissione dei flussi informativi anche agli uffici interni per i necessari monitoraggi di competenza.

Nel corso dell'anno l'Azienda procederà a individuare il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo nell'ambito di quanto previsto dalla normativa antiriciclaggio, in base alla quale gli uffici delle Pubbliche amministrazioni sono tenuti a comunicare all'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui siano venuti a conoscenza.

Il sistema antiriciclaggio è infatti da considerare, insieme alla prevenzione della corruzione, uno strumento per tutelare l'integrità della pubblica amministrazione, prevedendo l'obbligo della segnalazione come operazione che si inserisce nell'iter procedimentale dei diversi uffici a presidio contro le infiltrazioni.

A tal fine si valuterà inoltre l'individuazione di uno specifico gruppo aziendale dedicato alla materia e di una regolamentazione per l'individuazione delle operazioni sospette e per la gestione dell'iter di segnalazione, nonché la previsione di specifica attività formativa al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni da segnalare.

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si rimanda alla Scheda anagrafica dell'organizzazione del presente documento, nonché alla descrizione della Struttura organizzativa contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano, qui integralmente richiamate.

Tuttavia, l'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

L'azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basato su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In linea con la

strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad essi relativi da monitorare e migliorare.

Il dettaglio di tale analisi è contenuto nell'allegato 1 della presente sezione del PIAO.

La definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019).

Dall'anno 2019, in attuazione del piano Internal Auditing (IA) e del piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza, è stata avviata un'attività integrata di CRSA (*Control Risk Self Assessment*) che ha permesso di mappare e valutare la quasi totalità dei processi aziendali, integrando controllo interno (IA) e anticorruzione (AC), e armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei piani aziendali.

In particolare l'attività si è svolta attraverso le fasi, di seguito descritte, di validazione della mappatura dei processi, di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi e di valutazione dei rischi specifici identificati.

Mappatura dei processi

I processi inseriti nell'elenco fornito dall'Azienda Zero della Regione costituiscono l'oggetto di riferimento per l'internal auditing e si è quindi proceduto a raccordare l'elenco predisposto dalla Regione con quello definito in ambito anticorruzione, arrivando ad un unico elenco aziendale, che è stato revisionato ed affinato. Tale attività è stata effettuata con l'obiettivo di non limitarsi a pochi processi organizzativi, ma di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'amministrazione, sfruttando la flessibilità, la gestibilità, la completezza e la concretezza dell'approccio per processi, e aumentandone o riducendone l'analiticità in base a scopo, risorse e competenze. Ciò risulta in accordo con il PNA 2022, nel quale si sottolinea che la mappatura dei processi dovrebbe essere unica, ossia integrata con altri sistemi di gestione.

Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi

Dal 2019 la funzione di controllo interno e gli uffici Innovazione e sviluppo organizzativo e Trasparenza e anticorruzione, nell'attività di rivalutazione di processi e rischi specifici, hanno adottato la metodologia del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), ottemperando alle indicazioni del PNA 2019 per quanto riguarda i rischi corruttivi e di Azienda Zero per l'ambito dell'Internal Auditing.

In modo specifico per la funzione "Trasparenza e Anticorruzione", in riferimento alla prima fase prevista dalla ISO 31000 2018 (Definizione del contesto), in accordo con il PNA 2019, in cui si raccolgono tutte le aree di rischio elencate nei precedenti PNA, si sono considerate sia le aree di rischio generali che quelle specifiche, peculiari del settore sanitario, come elencate nell'allegato 1.

In base a ciò, all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati individuati e valutati 95 processi, di cui per n. 70 di questi è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo.

Quest'anno il processo di autovalutazione dei rischi è stato reso più semplice grazie alla predisposizione di uno specifico modulo google, realizzato dall'Ufficio Internal Audit e dall'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo.

I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nell'allegato 1.

La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione del rischio

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (valutazione del rischio). In particolare, nel corso dell'anno 2022, dando priorità a quelli con indice corruttivo (IR) più elevato, riportati nell'area gialla e verde della matrice della valutazione del livello di rischio dei processi riportata nell'allegato 1, sono stati aggiornati n. 19 registri dei rischi ed è stato individuato un nuovo registro dei rischi (somministrazione delle vaccinazioni) per un totale di n. 46 registri.

Identificazione rischi specifici

I responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (eventualmente supportato da un gruppo di lavoro dagli stessi individuato), avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione devono identificare in

questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi. Così come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo) devono comunque mantenere un atteggiamento attivo e segnalare eventuali rischi ad integrazione.

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi specifici sono le singole fasi (sotto processi) o attività in cui si scompone un processo.

Per l'identificazione degli eventi rischiosi sono state adottate diverse tecniche che utilizzano una prospettiva rivolta al passato e al futuro:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o internal auditor) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno o di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre ULSS;
- *brainstorming* con il gruppo di lavoro (personale che opera all'interno del processo interessato) per vagliare i rischi specifici presenti nell'elenco contenuto nei PNA e identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione;
- incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing con gli owner del processo e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

I rischi identificati sono riportati nella prima parte dei registri dei rischi nell'Allegato 1.

Il PNA 2019 sottolinea l'importanza dell'analisi dei fattori abilitanti, cioè i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. Per tale ragione si è deciso di adottare una struttura per la definizione dei rischi specifici che preveda di indicare la causa/fattore abilitante, l'evento e la relativa conseguenza. Ciò consente di agevolare l'identificazione di misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire ogni rischio identificato e descritto come suddetto.

I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro. Esempi possono essere i seguenti: mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli); mancanza di trasparenza; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto; scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Ciascun rischio individuato, inoltre, è stato classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative
- *compliance*, derivante da mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne
- frode, riguardante azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti (Allegrini M., D'Onza G., Mancini D., Garzella S., 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è deciso di adottare la metodologia proposta da Azienda Zero per l'Internal Auditing anche per la valutazione dei rischi di corruzione in modo da sfruttare l'opportunità di approfondire ed utilizzare un unico metodo di valutazione. Si tratta di un approccio semi quantitativo basato sul *self assessment* (CRSA).

Il gruppo di lavoro e l'owner di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e Internal Auditing, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di 4 item relativi a probabilità (la frequenza con cui si compie l'attività, la discrezionalità, la storicità di problematiche riscontrate ed il livello dell'informatizzazione) e 2 concernenti l'impatto (economico e di immagine).

Le scale adottate prevedono un punteggio da 1 a 5, la cui scelta, effettuata dal gruppo di lavoro, deve essere basata, ove possibile, da dati oggettivi (es. frequenza dell'attività, raccolta delle problematiche riscontrate), pur risentendo della soggettività derivante dall'adozione di uno strumento di autovalutazione.

L'indice di rischio (IR) viene quindi calcolato come $IR = \text{probabilità} * \text{impatto}$.

Anche i risultati dell'analisi del rischio vanno inseriti nel registro dei rischi.

Con tale indicatore si misura il rischio lordo, ossia il rischio inerente (escludendo eventuali controlli esistenti o futuri).

Il PNA 2019 invita ad adottare un approccio di tipo qualitativo nella valutazione del rischio. Per tale motivo il rischio viene valutato secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto.

Per la ponderazione dei rischi specifici si è proceduto a normalizzare il rischio lordo in modo da essere agevolati nella ponderazione (con scala da 1 a 5: 1=basso; 2=medio-basso; 3=medio; 4=medio-alto; 5=alto), al fine di stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di intervento.

All'interno dell'Azienda, sono stati identificati i rischi specifici di n. 46 processi corredati del relativo registro dei rischi.

Trattamento del rischio: misure specifiche e azioni di miglioramento

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

Una volta misurati i rischi, come definito nel paragrafo precedente, si devono individuare i rischi da trattare prioritariamente rispetto agli altri. Le risposte in fase di trattamento possono essere di eliminazione, mitigazione, trasferimento o accettazione del livello di rischio.

Oltre alle misure generali per prevenire fenomeni di corruzione indicate dal PNA 2013 e successivi, possono rendersi necessarie misure specifiche di contenimento per i rischi da trattare con maggiore priorità, preferendo quelle con minore impatto organizzativo e finanziario connesso alla relativa implementazione. Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità.

Tali misure (dette anche controlli o misure di controllo del rischio) sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi.

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione.

Le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su problemi specifici

Di seguito un elenco esemplificativo di misure generali e specifiche che possono essere adottate: controllo, trasparenza, definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, regolamentazione, semplificazione, formazione, sensibilizzazione e partecipazione, rotazione, segnalazione e protezione, disciplina del conflitto di interessi, regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Le misure (dette anche controlli) esistenti o future vanno valutate in modo da misurare il rischio residuo, ossia il livello di rischio ottenuto dopo aver applicato le misure. La misurazione avviene, per quanto possibile, anche considerando misure future in modo da poter avere una stima del rischio residuo dopo l'implementazione della misura.

Nel definire le azioni da intraprendere, come evidenziato nel PNA 2019, si dovranno considerare innanzitutto le misure già in essere e si dovrà analizzare un possibile eventuale potenziamento di tali controlli prima di introdurne di nuovi; ciò si allinea anche con l'obiettivo di non appesantire troppo l'attività amministrativa.

Secondo il PNA 2019 le misure devono rispondere ad alcuni requisiti:

- presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici: valutare l'applicazione e l'adeguatezza delle misure esistenti prima di identificarne di nuove;
- capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;

- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: per ogni evento rischioso rilevante si deve individuare almeno una misura potenzialmente efficace e deve essere preferita quella con un miglior rapporto costo/efficacia;
- adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione;
- gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

Le misure sono valutate considerando le seguenti dimensioni:

- pertinenza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura la qualità del controllo in termini di effettiva capacità di limitare il rischio;
- copertura (con peso 0,4 e scala da 1 a 5): misura il grado di copertura del controllo;
- robustezza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura una serie di caratteristiche quali la non discrezionalità del controllo, la sistematicità, la segregazione, l'automazione, la tracciabilità.

Anche il rischio residuo viene valutato in base ad un approccio di tipo qualitativo secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto. Per ottenere la valutazione del rischio residuo si è effettuata una media pesata del punteggio assegnato ad ogni dimensione ed una successiva normalizzazione per riportare il valore in una scala da 1 a 4.

Nei registri dei rischi nell'allegato 1 sono riportate le singole misure specifiche da attuare. Per le azioni da implementare sono stati definite tempistiche e responsabilità, oltre ad un indicatore dello stato di attuazione.

Attesa l'importanza strategica della mappatura dei processi, dell'identificazione, analisi e ponderazione dei rischi, nonché del relativo trattamento attraverso l'individuazione delle misure di trattamento, generali e specifiche, nella presente sezione del PIAO vengono individuati gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire nel corso del triennio 2023-2025 al fine di consentire un'adeguata gestione e prevenzione del rischio corruttivo, obiettivi collegati alle strategie individuate dall'Azienda per creare Valore pubblico e che si affiancano agli obiettivi in tema di performance.

Gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione sono dettagliati nell'allegato 2.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali	Si	Si	Si
Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi	Aggiornare/Valutare i rischi specifici di corruzione seguendo la metodologia del CRSA	Si	Si	Si
Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità	Definire/aggiornare/attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR) Valutare/Monitorare l'efficacia delle misure di trattamento / controlli	Si	Si	Si

Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

La formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione, etica, integrità e trasparenza, prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. b) e c) nonché dai PNA 2013, 2015 e 2019, è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente, soprattutto per le attività a più alto rischio corruttivo.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nei PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda prevalentemente le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza;
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, con percorsi differenziati per contenuti e livelli di apprendimento, in relazione al ruolo svolto in Azienda.

La formazione relativa alla prevenzione della corruzione viene programmata nel Piano triennale della formazione adottati dall'Azienda. Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti anche i coordinatori della Formazione e il Responsabile dell'Ufficio Trasparenza e Anticorruzione (delibera del Direttore Generale n. 2389 del 09.12.2021). L'Azienda inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

La selezione dei dipendenti, destinatari della formazione specifica, avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPCT.

Il PNA 2019 sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (DPR 62/2013) e del codice aziendale.

Nel corso del 2022 è stato realizzato il corso di formazione sul campo "Risk management in ambito di anticorruzione e internal audit" per le unità operative del dipartimento di prevenzione; è stata avviata la somministrazione della FAD sul codice di comportamento ed è stato realizzato il corso in presenza dal titolo "Prevenzione della corruzione e trasparenza: lo stato dell'arte" rivolto ai Referenti del RPCT e a un loro collaboratore.

Risultano inoltre essere stati fruiti ulteriori corsi da parte del personale dipendente in tale ambito, soprattutto con riferimento alla gestione degli appalti e dei fondi del PNRR.

Nel corso del 2022 si è continuato ad implementare e aggiornare l'area intranet dedicata alla gestione del rischio corruttivo, ritenendo la stessa un fondamentale veicolo delle informazioni relative alla materia, soprattutto in considerazione della maggiore accessibilità della stessa da parte del personale dipendente.

Lo stato di conoscenza da parte del personale dipendente della strategia aziendale in tema di anticorruzione è stato monitorato attraverso l'effettuazione degli audit integrati da parte della UOSD Gestione dei sistemi della qualità, che hanno dato esito positivo.

Nel Piano formativo aziendale 2023, approvato dal Comitato scientifico nel corso della riunione del 13 dicembre 2022, e adottato con DDG n. 2614 del 30.12.2022, sono stati inseriti specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale in tema di accesso civico e documentale, nonché un corso residenziale sulla prevenzione della corruzione per gran parte del personale del Dipartimento di prevenzione.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e	Individuare le persone da formare	Sì	Sì	Sì

della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema anticorruzione	Si	Si	Si
	Aggiornare la sezione dell'intranet aziendale prevenzione della corruzione e <i>internal auditing</i>	Si	Si	Si

La rotazione ordinaria del personale

La rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione è una misura generale di prevenzione della corruzione e assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio; risponde all'esigenza di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC, nel PNA 2019, allegato 2 "la rotazione ordinaria del personale", le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono connesse a vincoli:

- oggettivi, che riguardano l'assetto organizzativo dell'ente e l'esigenza di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche;
- soggettivi, connessi ai diritti individuali dei dipendenti in quanto le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente.

Al riguardo, il PNA 2016 - § VII Sanità - sottolinea come in questo settore l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale in particolare per l'area clinica, che è sostanzialmente vincolata dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Maggiori margini di applicabilità della misura sono ravvisabili per alcune professioni sanitarie (es. farmacisti e professioni sanitarie con incarico di funzione), che costituiscono un anello determinante nella catena del processo decisionale e per alcuni incarichi amministrativi/tecnici, anche se richiedono anch'essi competenze specifiche (es. ingegnere informatico) o particolari esperienze professionali (es. Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione).

C'è uno stretto collegamento tra la rotazione del personale ed altre misure di prevenzione della corruzione, tra cui la formazione: una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi infatti garantisce che siano acquisite dai dipendenti le competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione.

Per ogni singolo processo, considerate le indicazioni del PNA 2019, è necessario eseguire un'analisi puntuale sulla fattibilità della rotazione ordinaria, integrata da una formazione e da un'organizzazione del lavoro tale da garantire l'interscambiabilità del personale, attraverso il rafforzamento della trasparenza interna delle attività e il perfezionamento di procedure operative.

In ogni caso, ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria, come indicato da ANAC, è necessario operare scelte organizzative e/o adottare altre misure che possano avere effetti analoghi (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in team).

Nell'anno 2022, laddove non è stato possibile attuare la rotazione, gran parte delle unità operative ha attuato misure alternative (come per esempio la segregazione delle funzioni, l'applicazione di strumenti per garantire una maggiore trasparenza, il ricorso al lavoro in gruppi e a controlli a campione), spesso previste nei propri registri dei rischi, dando evidenza della relativa applicazione nelle relazioni di monitoraggio trasmesse al RPCT.

Nel corso dell'anno inoltre è stata predisposta da parte di diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione aziendale (SPISAL, SIAN, SISP, SSA, SIAOA, SIAPZ, SCAA) una prima bozza di regolamentazione per la rotazione ordinaria del personale tecnico della prevenzione, la cui definizione è prevista quale obiettivo per il 2023.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire la rotazione ordinaria del personale o l'attuazione di misure alternative	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Sì	Sì	Sì
	Predisporre un regolamento per la rotazione del personale tecnico della prevenzione	Sì		

La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, da attuarsi in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'ANAC, con delibera n. 215 del 26.3.2019, ha chiarito quali sono le "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria (reati di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale). Quando l'Azienda viene a conoscenza che un dipendente è stato iscritto nel registro delle notizie di reato è obbligata all'adozione di un provvedimento motivato con il quale viene valutata la condotta corruttiva del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa nel caso di avvio di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la pubblica amministrazione.

L'ANAC ha altresì chiarito che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva" di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater del D.Lgs. 165/2001 debba intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale. La conoscenza di questo momento, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti *ex lege* legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sull'iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

Per tale ragione, al fine di far emergere situazioni tali da richiedere l'applicazione di questa misura, nel codice di comportamento aziendale, all'art. 11, è stato inserito l'obbligo per i dipendenti interessati da procedimenti penali di segnalare immediatamente al responsabile gerarchico l'avvio di tali procedimenti.

Nell'anno 2022 non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva.

Nel corso dell'anno si è inoltre provveduto a predisporre una prima bozza di una procedura aziendale in tema di rotazione straordinaria, la cui adozione definitiva sarà valutata nel corso dell'anno 2023.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025

Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente	Adottare procedura per rotazione straordinaria	Sì		
--	--	----	--	--

Il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Con deliberazione n. 354 del 4.3.2021, in attuazione delle linee guida ANAC n. 177/2020, è stato adottato il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e ne è stata data opportuna diffusione con comunicazione a tutti i dipendenti e ai collaboratori e consulenti dell'Azienda.

Il Codice dell'Azienda, che integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013), è uno strumento che indica principali doveri di comportamento.

Entrambi i codici di comportamento devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale che dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto.

La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l'ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

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

Nell'anno 2022 sono pervenute n. 31 segnalazioni di violazione del codice di comportamento nazionale e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'Azienda, di cui 15 accertate a seguito dell'avvio e conclusione dei relativi procedimenti disciplinari.

Nel corso del 2022 è iniziata la somministrazione della specifica FAD sul codice di comportamento al personale dipendente. Inoltre, anche il corso "Risk management in ambito di anticorruzione e internal audit" e il corso "Prevenzione della corruzione e trasparenza: lo stato dell'arte" hanno affrontato il tema della centralità dell'applicazione del codice di comportamento quale fondamentale misura di prevenzione della corruzione.

Nel corso dell'anno il RPCT ha stilato una prima bozza di documento riassuntivo dei principali obblighi previsti dal Codice: questo al fine di predisporre uno strumento comunicativo in grado di consentire una più agevole diffusione della presenza, dell'obbligatorietà e del contenuto del Codice di comportamento. La bozza verrà perfezionata nel corso del 2023, al fine di individuare il contenuto e il format comunicativo più idoneo per la diffusione dello stesso a tutto il personale. Nel corso dell'anno si procederà inoltre con la somministrazione della specifica FAD sul codice di comportamento al personale dipendente.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Diffusione del codice di comportamento	Realizzare specifica formazione	Sì	Sì	Sì
	Predisposizione di un documento riassuntivo delle principali regole di comportamento	Sì		

Il conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore.

Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

La normativa in materia di conflitto è prevista sia all'interno sia del Codice di comportamento per i dipendenti pubblici (artt. 7 e 14 del DPR 62/2013), sia della legge sul procedimento amministrativo (art. 6 bis L. 241/1990), in cui sono previsti l'obbligo per il dipendente/responsabile del procedimento di comunicazione della situazione di conflitto e di astensione al responsabile dell'unità di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto, pena la responsabilità disciplinare del dipendente e fatte salve le eventuali ulteriori responsabilità civili, penali e amministrative e contabili. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nel corso degli anni ha regolamentato il conflitto di interesse adottando diversi regolamenti specifici:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con deliberazione n. 7 del 10.01.2019;
- regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad eventi di aggiornamento o formativi con spese a carico di soggetti terzi (sponsorizzazioni), adottato con deliberazione n. 1230 del 19.07.2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, adottato con deliberazione n. 1619 del 19.8.2021;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con deliberazione n. 2502 del 19.12.2019;
- regolamento per il funzionamento del Comitato Etico per la sperimentazione clinica delle province di Treviso e Belluno, adottato con deliberazione n. 1215 del 29.06.2017.

Procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi

Come raccomandato nel PNA 2019, parte III, § 1.4 - Conflitto di interessi – è opportuno individuare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi.

Si indica pertanto la seguente procedura che andrà applicata in ogni unità operativa dell'Azienda:

- i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di astenersi e di segnalarlo al dirigente responsabile di unità operativa;
- il dirigente responsabile di unità operativa valuta se la situazione può realizzare un conflitto di interessi e ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;
- i dirigenti responsabili di unità operativa che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo al proprio superiore gerarchico (Direttore di Dipartimento, Direttore di Struttura tecnico – funzionale, Direttore di Area), il quale valuta se la situazione può realizzare un conflitto di interessi e ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;
- l'esito della valutazione può essere:
 - 1) non si configura alcuna situazione, neppure potenziale, di conflitto di interessi;
 - 2) si prospetta un'ipotesi anche potenziale di conflitto di interessi: il dirigente solleva il dipendente dallo svolgimento di attività potenzialmente in conflitto;
 - 3) si configura un'ipotesi attuale di conflitto di interessi, anche generalizzato, per cui è opportuno assegnare il dipendente ad un'altra unità operativa.

Il conflitto di interessi dei componenti delle commissioni gara per l'affidamento dei contratti pubblici.

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*).

Il PNA 2022 ha dedicato una sezione specifica al Conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

L'art. 42 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (D. Lgs. 50/2016) indica una specifica ipotesi di conflitto di interessi che riguarda il personale di una stazione appaltante, il quale interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato e ha - direttamente o indirettamente - un interesse finanziario, economico o altro interesse personale, che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura stessa. Il personale che versa nelle suddette ipotesi è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante e ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. La stazione appaltante ha uno specifico obbligo di vigilanza circa l'osservanza dei detti obblighi da parte del personale impiegato nell'espletamento delle procedure di affidamento e di esecuzione delle prestazioni.

Questa disposizione va coordinata inoltre con l'art. 80, co. 5, lett. d) del Codice dei contratti pubblici secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 42, co. 2, del Codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

Con deliberazione n. 521 del 23.3.2018 sono state approvate le linee di indirizzo da applicarsi per la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici sino al momento in cui scatterà l'obbligo di ricorrere all'albo dei componenti delle commissioni giudicatrici di cui all'art. 78 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

Il personale della stazione appaltante, compresi i membri dei gruppi tecnici nominati per la "progettazione" delle procedure di gara e i soggetti che intervengono nella fase esecutiva, dichiara l'inesistenza di cause di incompatibilità e astensione e di non trovarsi in conflitto in interessi, di cui all'art. 42 del D. Lgs. 50/2016, e le unità operative competenti effettuano le opportune verifiche.

Da ultimo ANAC ha emanato le Linee Guida n. 15, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 5.6.2019, che forniscono indicazioni in merito alla gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici e la delibera n. 25 del 15.1.2020 contenente indicazioni per la gestione del conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni di gara per l'affidamento dei contratti pubblici.

Nel corso dell'anno 2022 è stato definito il modulo sul conflitto di interessi da utilizzare per i collaboratori esterni e lo stesso è stato trasmesso alle principali unità operative interessate dal conferimento di tali incarichi.

Nel corso del 2022: è stata effettuata un'attività di campionamento e monitoraggio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA; è stato predisposto uno specifico modulo sul conflitto di interessi anche per il personale nominato quale componente del Nucleo aziendale di controllo (NAC); è stato fornito specifico supporto alla UOC Servizi tecnici e patrimoniali in merito alla nuova modulistica sul conflitto di interessi prevista nell'ambito degli interventi finanziati con i fondi del PNRR.

Nell'ambito degli eventi formativi organizzati nell'anno 2022, è stata dedicata molta attenzione al tema del conflitto di interessi; inoltre, dalle relazioni pervenute al RPCT, è stato confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2023 si continuerà nell'attività di definizione di moduli tipo da utilizzare per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Definizione autodichiarazioni per le diverse categorie di soggetti interessati dal conflitto d'interesse	Sì		

	Controllo a campione dell'avvenuta raccolta delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi dei consulenti e collaboratori e della relativa pubblicazione delle stesse	Sì	Sì	Sì
--	--	----	----	----

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Come noto, al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013.

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" si intende l'obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione/svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con delibera n. 149 del 22.12.2014, l'ANAC era intervenuta in materia precisando che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali dovevano intendersi, secondo l'ANAC, applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Nella nostra Azienda ULSS, avendo anche un Direttore dei Servizi Socio – Sanitari, le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi venivano riferite anche a questo Direttore. Con delibere n. 1146/2019, n. 713/2020 e n. 75/2022 l'ANAC ha ritenuto applicabile la disciplina del D. Lgs. 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità e annualmente una dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità. Le predette dichiarazioni devono essere pubblicate nella relativa sezione di Amministrazione trasparente.

Le dichiarazioni della direzione strategica sono raccolte e pubblicate a cura della UOC Affari Generali e Legali, mentre quelle del diverso personale interessato sono raccolte e pubblicate a cura della UOC Gestione Risorse Umane.

Nel corso dell'anno 2022 non sono emersi elementi o pervenute segnalazioni che abbiano messo in dubbio quanto dichiarato.

Nel corso dell'anno gli Uffici competenti hanno proceduto a richiedere le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità come previsto dalla normativa e dalle deliberazioni di ANAC in materia.

È stato verificato il rilascio delle previste dichiarazioni anche da parte degli amministratori degli enti controllati.

Nell'anno 2023 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste e ad effettuare le relative necessarie verifiche.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Richiesta delle dichiarazioni di incompatibilità/incompatibilità alla Direzione strategica e all'eventuale diverso personale interessato	Sì	Sì	Sì

Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale

Ai sensi dell'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, i soggetti interessati sottoscrivono una dichiarazione ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui attestano l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale e gli uffici competenti effettuano le opportune verifiche, anche mediante richiesta dei certificati del casellario giudiziale

Dai controlli a campione effettuati dall'ufficio trasparenza e anticorruzione non sono emerse criticità.

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno inoltre dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2022 le dichiarazioni ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali.

Nel corso del 2023 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Acquisizione autocertificazioni e relativo controllo	Sì	Sì	Sì

Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, l'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, al fine di evitare situazioni di conflitto di interessi e che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi, nel rispetto del disposto dell'art. 98 della costituzione italiana.

Con DDG n. 2502 del 19.12.2019, è stato adottato un regolamento per la disciplina gli incarichi e le attività extra istituzionali dei dipendenti, comprensivo della procedura di rilascio dell'autorizzazione.

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18, d.lgs. n. 33/2013 e 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Ad ogni buon fine, si rappresenta che nel 2022 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Per il 2023 è stato programmato un aggiornamento del vigente regolamento in materia.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia	Valore soglia	Valore soglia

		anno 2023	anno 2024	anno 2025
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Aggiornamento regolamento aziendale per lo svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Si		

Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. Pantouflage – Revolving doors)

L'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 prevede che i dipendenti i quali negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possano svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La normativa inoltre prevede che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

La problematica che potrebbe verificarsi riguarda la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio, di preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

Le Unità operative complesse Provveditorato e Servizi tecnici e patrimoniali, come indicato dal bando tipo n. 1, prevedono nei propri documenti di gara l'esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione, in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 e acquisiscono specifica autodichiarazione da parte degli operatori economici partecipanti.

Inoltre, come indicato dal PNA 2022, è previsto - a far data dal 1.1.2023 – di inserire apposite clausole negli atti di assunzione del personale, sia di livello dirigenziale che non dirigenziale, che prevedono specificatamente il divieto di pantouflage, nonché la sottoscrizione, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di una dichiarazione con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Si	Si	Si
	Sottoscrizione delle dichiarazioni da parte del personale dipendente che cessa	Si	Si	Si

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

L'art. 54-bis del D. Lgs. 165/2001 prevede la tutela del dipendente pubblico (c.d. *whistleblower*) che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala all'RPCT ovvero all'ANAC o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Nell'anno 2022 l'Azienda ha verificato l'attualità del regolamento vigente in materia adottato con deliberazione n. 287 del 14.2.2019 e, anche alla luce delle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 469 del 9.6.2021, ha ravvisato l'opportunità di revisionarlo, approvando - con deliberazione n. 2518 del 30.12.2022 - il nuovo regolamento in materia di *whistleblowing*.

L'adozione del nuovo Regolamento è stata comunicata a tutto il personale dell'Azienda attraverso la pubblicazione di apposita *news* nell'area intranet del sito internet aziendale.

Con la medesima delibera l'Azienda ha inoltre stabilito che:

- il ruolo di custode delle identità coincida con quello di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- nella gestione e analisi delle segnalazioni particolarmente complesse, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza possa venir supportato dal Direttore della UOC Affari generali e legali;
- i predetti soggetti sono individuati quali autorizzati al trattamento dei dati personali relativi alle segnalazioni, nei limiti e con l'osservanza di quanto previsto nel nuovo Regolamento adottato e nelle specifiche Linee guida emanate in materia da ANAC;
- nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Direttore della UOC Affari generali e legali.

L'Azienda inoltre ha gestito le segnalazioni pervenute nel corso dell'anno (1) e provveduto alla diffusione della conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni di condotte illecite.

Nel corso del 2023 si continuerà nell'attività di diffusione della conoscenza della procedura e della piattaforma per le segnalazioni e in quella di gestione delle eventuali segnalazioni ricevute.

Inoltre, in considerazione del fatto che il 9 dicembre 2022 il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di decreto legislativo di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1937 in materia di *whistleblowing* all'interno del nostro ordinamento e che lo stesso è stato sottoposto al vaglio delle competenti commissioni parlamentari nonché della società civile, si precisa che, qualora il decreto legislativo di attuazione dovesse venir adottato, sarà necessario rivalutare il contenuto del Regolamento aziendale al fine di un eventuale nuovo aggiornamento.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 202	Valore soglia anno 2025
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Gestire segnalazioni pervenute	Sì	Sì	Sì
	Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni	Sì	Sì	Sì

Protocollo di legalità e Patti di integrità

Come precisato dall'ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre che alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

Le stazioni appaltanti inoltre garantiscono un sistema di controlli basati sull'acquisizione della documentazione prevista dal Codice Antimafia e del possesso dei requisiti di ordine generale (reati considerati incidenti sulla moralità professionale delle imprese come ad esempio quelli riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale o commessi contro la PA nei casi di corruzione).

Il protocollo di legalità prevede, tra l'altro, che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione vigili sulla corretta esecuzione del Patto d'Integrità.

In data 6 aprile 2017, L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha sottoscritto con la Prefettura di Treviso - Ufficio Territoriale del Governo il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici, corredato dello schema di "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici".

In data 17 settembre 2019, il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovato Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Stante la sua durata triennale, il Protocollo è scaduto il 16 settembre 2022.

La Regione Veneto, con nota prot. n. 479297 del 14 ottobre 2022, nelle more dell'adozione del nuovo Protocollo, ha raccomandato alle aziende sanitarie di applicare, nella predisposizione della documentazione dei bandi di gara relativa alle procedure di affidamento avviate anche successivamente alla data di scadenza del Protocollo, le medesime istruzioni operative impartite alle strutture ed amministrazioni regionali, invitandole quindi a continuare ad inserire nella documentazione di gara le clausole e le condizioni contrattuali idonee ad incrementare la sicurezza degli appalti e la trasparenza nelle relative procedure, atteso che le stesse, se applicative della normativa antimafia e delle misure di previste dall'art. 32 del D.L. 90/2014, possono essere inserite nella documentazione di gara con valenza di Patto di integrità, purchè specificatamente accettate dall'operatore economico.

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 17.9.2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici" sottoscritto con la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 1.6.2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata.

Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titola-re/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo o delle relative clausole nella documentazione di gara	Sì	Sì	Sì

La trasparenza

Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

Le disposizioni relative alla trasparenza integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione

La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

La trasparenza è stata attuata in Azienda soprattutto attraverso canali informatici, che consentono un'immediata conoscenza dell'operato dell'Amministrazione, senza particolari oneri per il cittadino che vuole conoscerne il dettaglio.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'allegato n. 3, ha individuato le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, i principali flussi informativi, le tempistiche di pubblicazione, nonché le unità operative responsabili della pubblicazione dei dati.

La disciplina normativa che prevede obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture estende gli obblighi di pubblicazione a tutti gli atti adottati dalla stazione appaltante, compresa la fase di esecuzione del contratto, con il solo limite degli atti secretati e di quelli riservati.

Le modifiche apportate alla disciplina specifica hanno reso necessario un aggiornamento all'allegato 3 del PIAO, con riferimento alla sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti", come previsto all'allegato 9 del PNA 2022. Considerato l'impatto organizzativo di questa modalità di pubblicazione, il pieno raggiungimento dell'obiettivo potrà essere informato al principio di gradualità e progressivo miglioramento, come indicato da ANAC nella sezione dedicata alla Trasparenza in materia di contratti pubblici del PNA 2022.

L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili.

La pubblicazione dei dati sul sito *web* aziendale viene effettuata nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, previsti dalla vigente normativa comunitaria e nazionale, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative a cui compete:

- l'elaborazione dei dati/informazioni;
- la pubblicazione dei dati/informazioni.

L'RPCT svolge l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione e il monitoraggio sistemico è demandato all'UOC Affari Generali e Legali. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata comunicazione al responsabile della produzione e della pubblicazione del dato per richiedere l'aggiornamento tempestivo della relativa sezione dell'amministrazione trasparente.

Nel 2022 l'esito dell'attività di monitoraggio è il seguente: completezza dei dati e della modalità di pubblicazione entro i termini previsti dalla legge.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 23.6.2022, ha provveduto a sottoscrivere l'attestazione prevista dalla vigente normativa, consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/oiv-23-giugno-2022>.

Durante il 2022 sono state realizzate anche attività formative per l'utilizzo del nuovo gestionale delibere, strumento che migliorerà l'informatizzazione del flusso di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
---------------------	------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Sì	Sì	Sì
	Monitoraggio pubblicazioni	Sì	Sì	Sì

L'accesso civico

L'Azienda, a tal fine, garantisce l'accesso civico semplice, disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 33/2013, che consente a chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'Azienda garantisce, altresì, l'accesso civico generalizzato – allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico - che consente a chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D. Lgs. 33/2013.

L'Azienda, con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

Dall'anno 2016 l'UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016.

Al fine di rendere maggiormente fruibile l'esercizio del diritto, nel corso dell'anno si è provveduto a rendere ancora più chiaro e completo il contenuto della relativa pagina dedicata del sito internet aziendale.

Attesa la delicatezza e complessità della materia, è stato programmato per il 2023 uno specifico corso di formazione in materia, al fine di consentire una sempre più efficace applicazione dell'istituto.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Sì	Sì	Sì
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Sì	Sì	Sì

Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

La sezione rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo. Secondo il PNA 2022, le fasi di programmazione e monitoraggio vanno strettamente correlate per aumentare il processo ciclico di miglioramento della programmazione, in particolare usando i risultati del monitoraggio per la programmazione successiva.

Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione "Monitoraggio" del presente PIAO.

Rendicontazione e diffusione

Secondo la ISO 31000 2018, si devono stabilire i meccanismi di comunicazione e *reporting* interni ed esterni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi

appropriati agli *owner* dei processi e a tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Amministrazione o ne siano in qualche modo coinvolti (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

Infatti, al duplice fine di creare un rapporto fiduciario con i propri *stakeholders* e di promuovere la cultura della legalità nel contesto di riferimento, l'Azienda ritiene di fondamentale importanza garantire un'opportuna comunicazione delle misure e dell'organizzazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione.

L'attuazione di questa misura prevede la predisposizione di un buon sistema di comunicazione e di diffusione della strategia di prevenzione posta in essere dall'amministrazione e contenuta nel presente Piano, nonché la progettazione di soluzioni organizzative atte a creare e a gestire il dialogo con la società civile, valorizzando il ruolo dell'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) quale rete organizzativa che opera come interfaccia comunicativa interno/esterno.

Infatti, in coerenza con quanto riportato nei PNA 2019 e 2022, l'Azienda promuove a tutti i propri livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate: tutti i componenti dell'organizzazione collaborano per la sua realizzazione e aggiornamento.

A tal fine l'Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l'invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 19 dicembre 2022, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

Inoltre, è attiva la possibilità da parte degli *stakeholders* di fornire in ogni momento contributi e osservazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, così come indicato al link <https://www.aulss2.veneto.it/coinvolgimento-stakeholders>.

Il PIAO 2023-2025 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Inoltre l'adozione del PIAO sarà comunicata a tutto il personale tramite l'Angolo del dipendente.

Anche i dipendenti dell'amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare l'art. 8 del D.P.R. 62/2013, contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza. L'eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione ivi presenti costituisce illecito disciplinare (art. 1 L. n. 190 del 2012, co. 14), passibile di provvedimento disciplinare (art. 55-sexies, D. Lgs. 165/2001, co. 3).

L'efficacia degli interventi adottati per prevenire il rischio di corruzione e di illegalità è garantita dal costante raccordo tra la Direzione Aziendale, il RPCT e tra quest'ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l'attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Al fine di rendicontare l'attuazione del piano, l'RPCT provvede a redigere la Relazione ANAC entro il 15 dicembre di ogni anno, o entro il diverso termine indicato da ANAC, provvedendo a pubblicarla nel sito aziendale, a trasmetterla alla Direzione strategica e all'OIV, e a darne comunicazione ai Direttori delle unità operative coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione.

L'RPCT provvede inoltre a predisporre una specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per i Referenti del RPCT.

Con riferimento all'anno 2022, il RPCT ha pubblicato la Relazione ANAC nel sito internet aziendale in data 13.01.2023 (per quest'anno infatti la scadenza era stata prorogata da ANAC fino al 15.01.2023), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all'OIV con nota prot. n. 7589 del 13.01.2023.

Nella stessa data è stata inoltre trasmessa ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell'avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

L'Azienda ha inoltre intrapreso un'attività di interlocuzione con i propri stakeholders, in particolare con le associazioni dei pazienti e con le associazioni di volontariato.

Per tale motivo la giornata della trasparenza e della prevenzione della corruzione 2022 è stata realizzata quest'anno attraverso due diversi momenti di condivisione e confronto:

- 1) prevedendo uno specifico intervento nell'ambito dell'Università del volontariato: ciclo di incontri sul tema «Volontariato nell'ambito socio sanitario», in data 4 maggio 2022 da parte dell'Ufficio anticorruzione e trasparenza, dal titolo: Pillole di trasparenza e integrità nella PA. La buona amministrazione;
- 2) organizzando la Giornata della trasparenza, in data 6 dicembre 2022, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti.

Anche nel 2023 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli stakeholders sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Rendicontazione e diffusione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività e presentazione della rendicontazione ai referenti del RPCT	31 gennaio	31 gennaio	31 gennaio
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	15 gennaio	15 dicembre dell'anno di riferimento	15 dicembre dell'anno di riferimento
	Iniziative	Sì	Sì	Sì

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dell’Azienda ULSS 2, nonché la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo del lavoro agile.

I contesti in cui operano le organizzazioni sono sempre più competitivi e queste, per raggiungere e sostenere un vantaggio competitivo, devono far leva sulle risorse che possiedono, che possono essere fisiche, organizzative, cognitive e umane. Il successo di un’azienda deriva, infatti, proprio dalla sua capacità di valorizzare al meglio le proprie risorse. Le risorse più importanti, tra le tante che un’azienda può possedere, sono però quelle umane, le quali hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore per un’organizzazione.

Conoscere il potenziale umano presente in azienda e sfruttarlo al meglio è un fattore determinante, che consente alle organizzazioni di affermarsi nel proprio settore.

Il successo di un’azienda, in effetti, non dipende solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che mettono in pratica queste idee. La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un’organizzazione, poiché avere le “giuste” risorse umane è un elemento che differenzia un’azienda.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane di qualità, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali. L’obiettivo di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale, poiché queste costituiscono capitale sociale aziendale al pari di altri beni che producono valore.

Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità delle risorse umane possedute e sviluppare in queste competenze coerenti con il ruolo da ricoprire e motivazione ad operare negli interessi dell’organizzazione.

Negli ultimi decenni è andata infatti diffondendosi l’idea che il lavoratore nell’organizzazione è una variabile strategica, non deve quindi essere considerato come un costo, ma piuttosto come una risorsa a disposizione dell’organizzazione.

Gli elementi fondamentali della gestione delle risorse umane derivano da una strategia: è necessario quindi assumere un approccio strategico alla gestione delle risorse umane, poiché la gestione strategica delle risorse umane ha un impatto positivo sulle performance aziendali.

Organizzare le risorse umane significa saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l’attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali.

La Direzione Risorse Umane si trova oggi al centro delle strategie aziendali e ricopre un ruolo chiave nelle aziende poiché si occupa di gestire e valorizzare le risorse umane, che sono appunto una risorsa cruciale e una fonte preziosa di vantaggio competitivo. Il ruolo e il potere della Direzione Risorse Umane, la sua collocazione all’interno dell’organizzazione, le sue dimensioni e molte altre sue caratteristiche sono influenzate da fattori contingenti, come la tecnologia, le dimensioni aziendali, il contesto istituzionale e sociale, la cultura aziendale, ecc., tuttavia molto dipende anche dal modo in cui gli attori aziendali interpretano il loro ruolo, entrano in relazione tra loro e colgono le opportunità dell’ambiente interno ed esterno.

La Direzione Risorse Umane è diventata parte attiva delle politiche aziendali, e si configura come business partner strategico di tutte le divisioni aziendali, per assicurarsi che le loro attività siano allineate agli obiettivi aziendali.

Le principali attività di gestione delle risorse umane che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

- la pianificazione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la valutazione e la gestione delle carriere;
- la retribuzione.

La pianificazione del personale si occupa di analizzare l’organico aziendale e la sua composizione, unitamente alla strategia dell’azienda e all’ambiente esterno, cercando di prevedere i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di questi e le modalità con cui colmare gli eventuali gap di

personale attraverso attività di reclutamento, sviluppo e compensazione delle risorse umane. Il reclutamento comprende pratiche e attività svolte per identificare e attrarre potenziali dipendenti.

Nel 2022 l'Azienda contava in organico n. 9543 dipendenti di cui n.1510 appartenenti alla dirigenza e n. 8033 appartenenti al comparto.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un'attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, poiché serve per attribuire un valore oggettivo alle risorse umane che questa possiede. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione o il potenziale della persona.

La valutazione è la base su cui si modella il sistema retributivo dell'azienda e la gestione dei percorsi di carriera. Per quanto riguarda la carriera, questa rappresenta la sequenza in evoluzione delle esperienze lavorative realizzate lungo il tempo di vita di un individuo.

L'Azienda riconoscendo il significato strategico e di valore delle risorse professionali, il vero capitale di sua dotazione, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva, e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato. Il processo di valorizzazione del personale costituisce impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le organizzazioni sindacali è coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa. L'Azienda riconosce che la formazione permanente, o continua, è lo strumento necessario per ottimizzare le risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" (art. 16 bis del D. Lgs. 502/92).

Coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi – annuali e pluriennali – volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori, sia dipendenti che convenzionati. L'obiettivo principale aziendale è il progressivo avanzamento delle culture professionali, in conformità agli standards qualitativi più avanzati di riferimento, e dei comportamenti, per renderli sempre più coerenti alla "mission" aziendale ed ai valori presenti nella comunità. L'esito atteso è di conseguire il continuo miglioramento della presa in carico dei problemi di salute della popolazione, il puntuale riconoscimento dei diritti dei cittadini fin dal momento in cui si rivolgono alle strutture dell'Azienda, nonché la realizzazione di programmi aziendali di sviluppo dei servizi, degli interventi, delle tecniche gestionali, dei metodi e dei processi di lavoro. I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l'efficacia dei risultati acquisiti.

A tal fine l'Azienda, con deliberazione n. 2614 del 30.12.2022, ha adottato il piano formativo aziendale per l'anno 2023, qui integralmente richiamato.

L'Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione.

A ciascun incarico dirigenziale è correlata una funzione dirigenziale; tutte le funzioni dirigenziali dell'Azienda sono, una volta individuate, graduate dall'Amministrazione in maniera oggettiva.

A ciascuna funzione, e pertanto a ciascun incarico dirigenziale, è correlato un valore economico determinato negli importi fissati nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

L'Azienda intende, nel rispetto del quadro normativo, rendere trasparente lo scenario complessivo delle funzioni dirigenziali svolte, valorizzare l'assunzione condivisa di un diverso grado di responsabilità, stimolare la dirigenza, anche nella prospettiva di una rinnovata visione del concetto di carriera ad un sempre maggior impegno professionale che contribuisca alla crescita dell'intero servizio aziendalemente reso.

Le tipologie, i criteri e le modalità di conferimento degli incarichi sono effettuati sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, nonché da quanto stabilito dalla contrattazione collettiva e dal regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi dirigenziali.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto

delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro. Le procedure e i criteri di graduazione, affidamento, valutazione e revoca sono contenute nel regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi dirigenziali. Nel conferire gli incarichi dirigenziali opportunamente graduati nel rispetto dei regolamenti aziendali formulati per le rispettive Aree contrattuali, il Direttore Generale valuta in particolare le attitudini personali e le capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale.

L'Azienda conferisce alla dirigenza le seguenti tipologie di incarico:

- incarichi di direzione di struttura complessa
- incarichi di responsabilità di struttura semplice o incarichi di responsabilità di struttura semplice dipartimentale
- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo
- incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Gli incaricati di direzione di struttura semplice, semplice dipartimentale e complessa sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

Gli incarichi di natura professionale possono essere conferiti a livello di singola Unità Operativa o per più Unità Operative concorrenti e a tal fine coordinate e integrate. La responsabilità tecnico specialistica deve essere prevalente rispetto ad altri criteri parametri di definizione dell'incarico.

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico e gli obiettivi da conseguire nell'ambito dell'incarico conferito. L'Azienda adotta il sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali, sulla base di una metodologia impostata nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, oggettività e partecipazione del valutato, disposti dalla specifica normativa e dai vigenti CCNL.

L'affidamento degli incarichi ai dirigenti è preceduto dall'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire. Nella definizione del profilo l'Azienda tiene comunque conto delle capacità necessarie a:

- programmare e gestire le risorse umane, economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'unità organizzativa diretta e dell'intero sistema;
- realizzare dinamiche organizzative e di relazione con gli utenti basate su flussi trasparenti di informazioni, utili all'orientamento dei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso e in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati, anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo efficace nell'esercizio delle competenze tecnico specialistiche.

Nel conferimento degli incarichi relativi ai profili individuati si tiene comunque conto:

- dei risultati conseguiti e degli esiti delle valutazioni previste;
- della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare;
- della professionalità richiesta e dell'area di appartenenza;
- delle attitudini e delle capacità del singolo dirigente, nonché dell'esperienza acquisita;
- del curriculum formativo e professionale.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti a tempo determinato in conformità e con le procedure previste dalle leggi vigenti e dalle norme della contrattazione collettiva nazionale e dall'apposito regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi dirigenziali. Il regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi dirigenziali si ispira ai principi di trasparenza, concorrenzialità e pari opportunità.

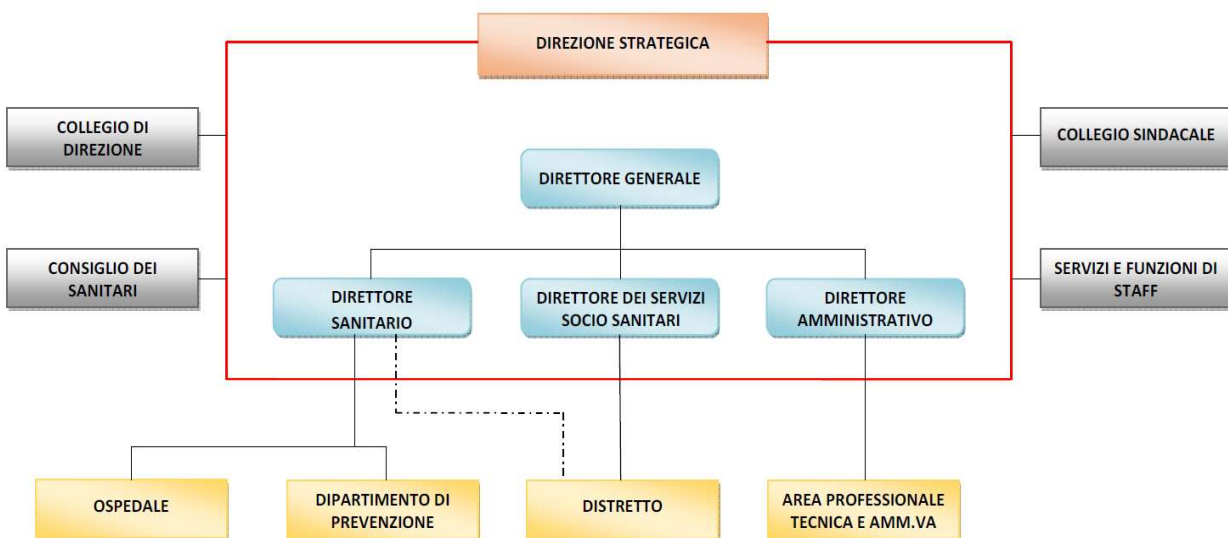
La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative (nazionali e regionali) e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse, dall'apposito regolamento aziendale per l'affidamento degli incarichi e comunque nel rispetto dei principi del contraddittorio e della trasparenza.

Il sistema delle posizioni organizzative per il personale del comparto è conforme a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

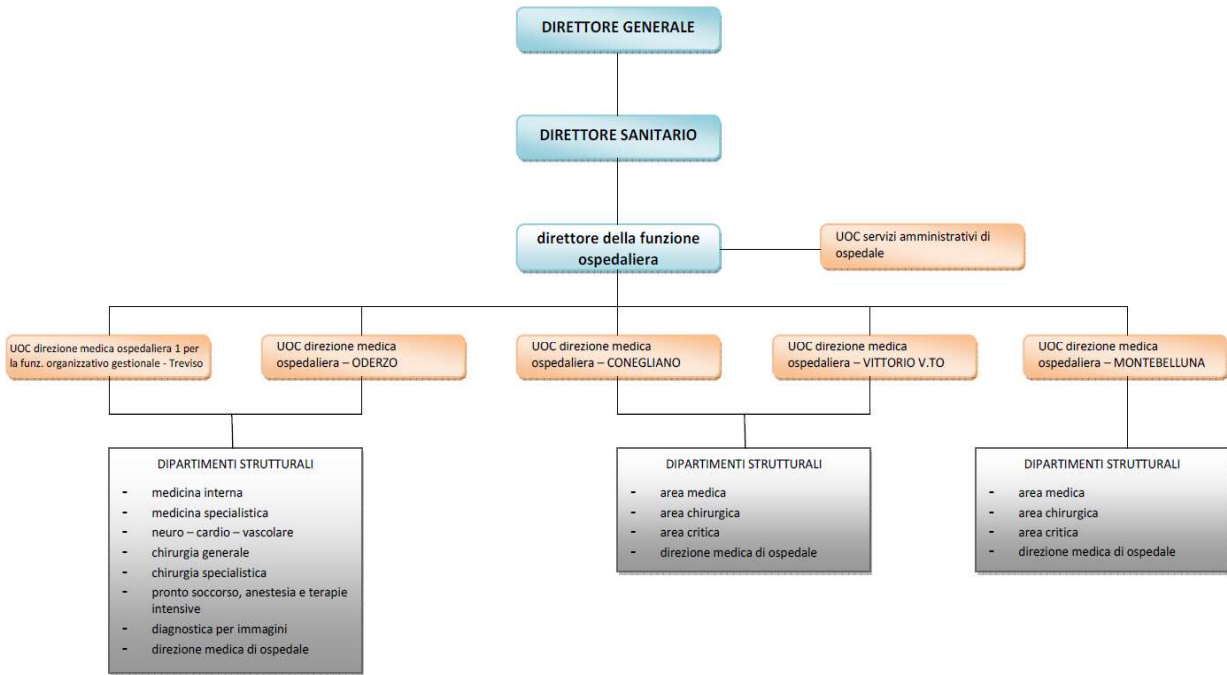
La natura delle funzioni di coordinamento s'inquadra in una funzione direttiva e organizzativa che assicura la qualità assistenziale e tecnica e/o i processi organizzativi nell'ambito dell'Unità Operativa di assegnazione. L'Azienda adotta un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. In particolare la selezione dei candidati richiederà la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio motivazionale. L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale, è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva oppure cessa in caso di valutazione negativa.

Struttura Organizzativa

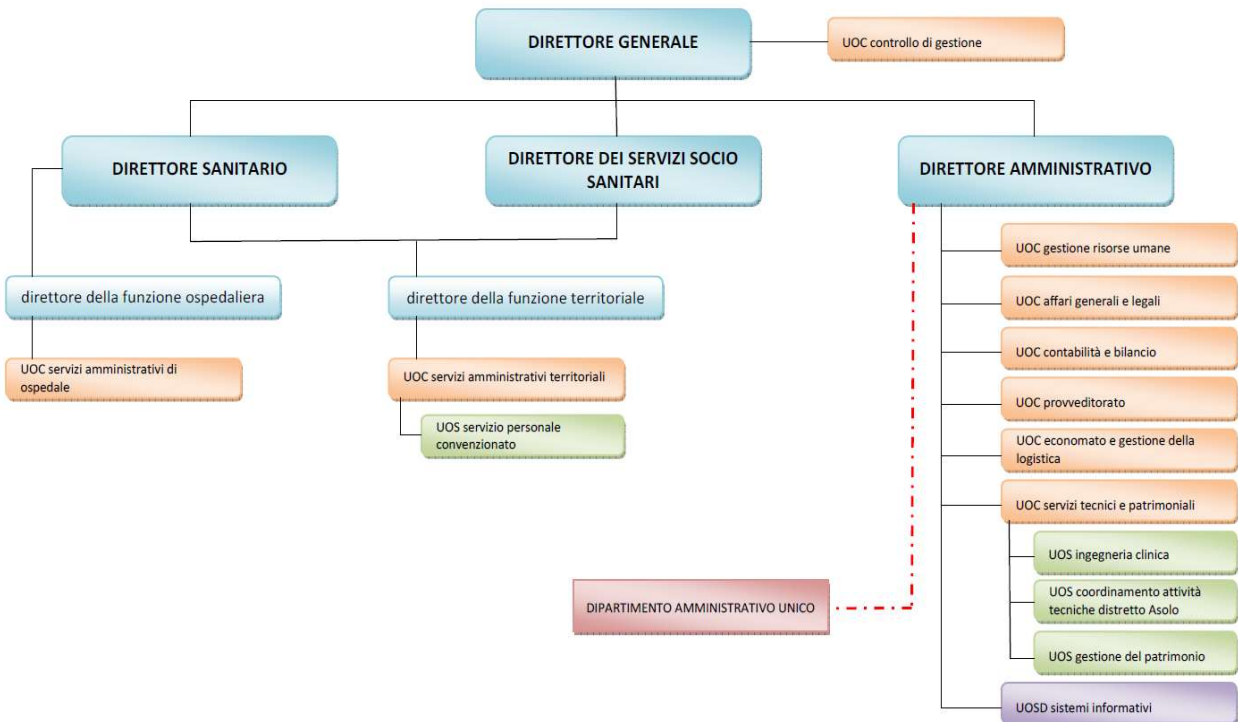
L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato l'atto aziendale con deliberazione n. 1867 del 29.10.2020, aggiornato, come da deliberazioni n. 447 del 10.3.2022, n. 1276 del 30.6.2022, n. 2280 del 2.12.2022. Di seguito si riporta l'organigramma delle principali strutture organizzative.



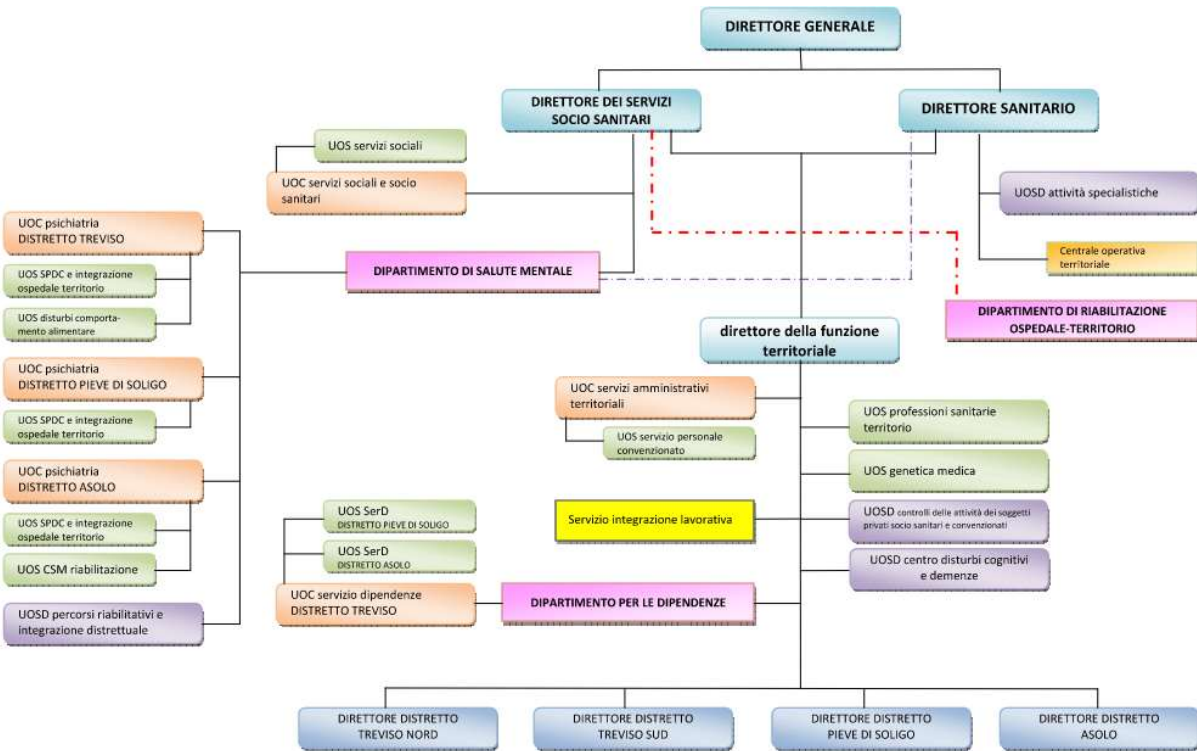
Area Ospedaliera



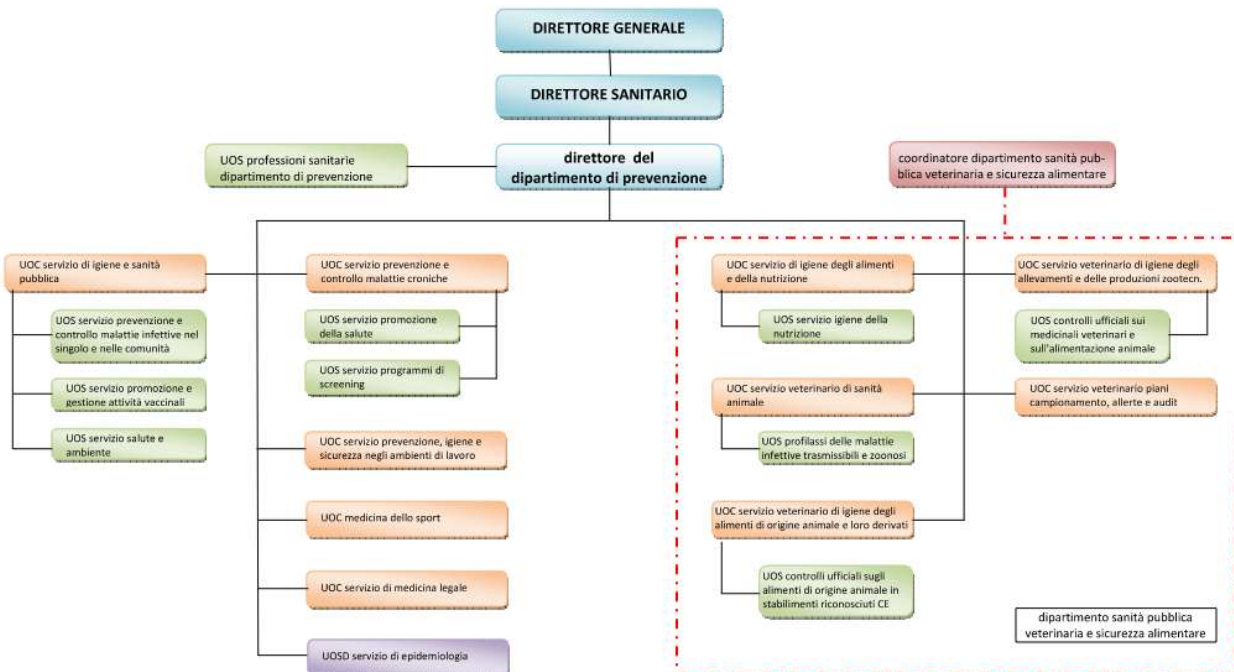
Servizi professionali tecnici e amministrativi



Area territoriale



Area Prevenzione



Organizzazione del lavoro agile

Premessa

La gestione dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia COVID-19 ha comportato, nel lavoro pubblico, un importante ricorso allo svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza, genericamente ricondotta al lavoro agile, fino a quel momento, oggetto di limitate sperimentazioni.

Gli enti e le aziende della pubblica amministrazione hanno dovuto confrontarsi concretamente con un modello organizzativo del lavoro ancora nuovo, sebbene disciplinato già da tempo nel nostro ordinamento, scoprendone punti di forza e di debolezza.

Nelle prime fasi dell'emergenza sanitaria, infatti, il lavoro agile è diventato modalità ordinaria di svolgimento della prestazione (ove applicabile), attuata in forma semplificata, anche in deroga alla disciplina normativa, prescindendo, quindi, da una previa revisione dei modelli organizzativi.

L'Azienda Aulss 2 Marca trevigiana, in conseguenza dell'esplosione dell'emergenza da Coronavirus, è ricorsa tempestivamente al lavoro agile, quale modalità di lavoro finalizzata al contrasto della pandemia e quale strumento di garanzia per l'erogazione dei servizi ordinari.

Dalla modalità di applicazione del lavoro agile della fase emergenziale si è passati, in itinere, a quella ordinaria, in linea con il quadro normativo vigente; l'elemento essenziale affinché questo switch possa essere attuato in maniera efficiente risiede nella realizzazione del processo di innovazione organizzativa e di diffusione di un nuovo modello culturale di organizzazione, orientato al lavoro per obiettivi e risultati.

Solo così è possibile aumentare l'efficacia dell'azione amministrativa e favorire, contestualmente, la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli della vita sociale e di relazione dei propri dipendenti.

Il presente Piano Organizzativo di Lavoro Agile, di seguito POLA, è lo strumento di programmazione del lavoro agile, ovvero delle modalità di attuazione e sviluppo, e non di programmazione degli obiettivi delle strutture e degli individui in lavoro agile.

È redatto ai sensi dell'art. 263, comma 4-bis del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 77 del 2020, e ss.mm.ii., che ha modificato l'art. 14, comma 1, Legge 7 agosto 2015, n. 124, e con riferimento alle Linee guida approvate con Decreto Ministeriale del 9 dicembre 2020.

Il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha previsto che il POLA confluisca all'interno del PIAO (Piano Integrato di Attività e di Organizzazione).

Definizione di lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La definizione di smart working, contenuta nella Legge n. 81/2017, pone l'accento sulla flessibilità organizzativa e sulla volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale.

Si tratta di una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale. Ove necessario per la tipologia di attività svolta dai lavoratori e/o per assicurare la protezione dei dati trattati, il lavoratore concorda con l'Azienda i luoghi ove è possibile svolgere l'attività. In ogni caso nella scelta dei luoghi di svolgimento della prestazione lavorativa a distanza il dipendente è tenuto ad accertare la presenza delle condizioni che garantiscono la sussistenza delle condizioni minime di tutela della salute e sicurezza del lavoratore, nonché la piena operatività della dotazione informatica e ad adottare tutte le precauzioni e le misure necessarie e idonee a garantire la più assoluta riservatezza sui dati e sulle informazioni in possesso dell'Azienda che vengono trattate dal lavoratore stesso.

Riferimenti normativi

Il lavoro agile, nella pubblica amministrazione, trova il suo avvio nella **Legge 7 agosto 2015, n. 124** “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” che con l’art. 14 “Promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche”, integralmente ridisegnato con l’art. 263, comma 4-bis, del DL 34/2020 convertito con L. 77/2020, che stabiliva che:

“Le amministrazioni pubbliche, nei limiti delle risorse di bilancio disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del telelavoro. Entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all’articolo 10, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, che almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell’efficacia e dell’efficienza dell’azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati”.

Con la **Legge 22 maggio 2017, n. 81**, “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” è stato introdotto nell’ordinamento italiano il lavoro agile (o Smart Working). Il Capo II disciplina il “lavoro agile” prevedendone l’applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l’accordo individuale e l’utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa *“in parte all’interno di locali aziendali e in parte all’esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell’orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva”.*

Attraverso la **direttiva n. 3/2017**, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l’attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all’organizzazione del lavoro e alla gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l’esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

A seguito dell’emergenza sanitaria determinata dalla pandemia da Covid-19, il lavoro agile è stato promosso nelle amministrazioni pubbliche quale “modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa” per preservare la salute dei dipendenti pubblici e, nel contempo, garantire la continuità dell’azione amministrativa. Conseguentemente, la fase di attuazione sperimentale del lavoro agile, avviata dalla Legge n. 124 del 2015, è stata dichiarata chiusa.

La **Legge 17 giugno 2021, n. 87**, intervenendo sulla disciplina dello smart working nelle pubbliche amministrazioni, ha confermato le previsioni del D.L. 30 aprile 2021, n. 56 con applicazione del lavoro agile in misura semplificata, prescindendo pertanto dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi di cui alla Legge 81/2017. In tema di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, la Legge sopra citata stabilisce che le pubbliche amministrazioni adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l’attuazione del lavoro agile e adottano il POLA che ne individua le modalità attuative prevedendo, per le attività che possono essere svolte in smart working, che almeno il 15% dei dipendenti possa avvalersene.

Con **decreto dell’8 ottobre 2021**, il Ministro della pubblica amministrazione, in attuazione delle disposizioni impartite con decreto del Presidenza del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, ha stabilito che il lavoro agile non è più qualificato come modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa, dovendo essere prevalente, per ciascun dipendente, l’esecuzione della prestazione presso la sede di servizio.

Infine il **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità per il triennio 2019-2021, del 2 novembre 2022** disciplina il lavoro agile all'art.76 e seguenti.

È utile sottolineare come il corpo di norme in dotazione alle pubbliche amministrazioni siano volte a tutelare gli "smart workers" alla stregua dei lavoratori che svolgono l'attività lavorativa in presenza fisica all'interno dell'Azienda. In particolare, si fa riferimento alla **Circolare INAIL n. 48/2017** per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.

Livello di attuazione

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana aveva avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81/2017. Data l'urgenza di attivare la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, il Direttore Amministrativo aveva emanato le indicazioni per consentire ad ogni Responsabile di mettere in sicurezza e collocare in lavoro agile i propri collaboratori.

L'attivazione della modalità smart working era stata affidata al Dirigente Responsabile di ciascun servizio che aveva individuato il personale sulla base della tipologia di lavoro (se poteva essere svolta in modalità agile senza impatto negativo sull'organizzazione del servizio) e concordando con il dipendente contenuti e obiettivi dell'attività lavorativa da svolgere in modalità agile.

Era stata creata una specifica e-mail (gestita dall'UOC Gestione risorse umane) dove sono confluite tutte le richieste da parte dei singoli responsabili di struttura ed era stato attivato un help desk. Tutte le comunicazioni ai dipendenti sono state effettuate mediante l'Angolo del Dipendente, dove era stata caricata anche tutta la documentazione utile.

Il Servizio Sistemi Informativi aveva seguito la richiesta di attivazione informatica e attraverso la Centrale Operativa (COI) sono stati contattati i dipendenti e guidati alla prima connessione da remoto fornendo una password di accesso.

Tali misure hanno riguardato tutto il personale complessivamente inteso, senza distinzione di categoria, di inquadramento e di tipologia di rapporto di lavoro, fermo restando tuttavia l'esclusione dalla modalità lavorativa agile di tutte le attività socio-assistenziali e di cura richiedenti contatto diretto con i pazienti o delle attività che, comunque, richiedevano la presenza in sede.

Il lavoro agile aveva richiesto infine l'acquisizione di dispositivi informatici quali computer portatili, smartphone, router LTE, webcam e microfoni per la videoconferenza, nonché la predisposizione di tali strumenti in modo tale da garantire l'accesso agli applicativi aziendali ove possibile tramite rete internet oppure ove necessario tramite VPN (Virtual Private Network).

Al personale con qualifica dirigenziale era stata richiesta maggiore presenza in sede, pur non escludendo, per alcuni di questi, l'accesso allo Smart Working.

Cessato lo scenario emergenziale, l'Amministrazione ha messo in atto una serie di misure organizzative volte a supportare l'implementazione dello smart working.

Il livello attuale di implementazione e di sviluppo del lavoro agile, che costituisce la base di partenza (baseline), viene descritto nelle tabelle che seguono, che riportano la ripartizione dei dipendenti che hanno usufruito del lavoro agile per area contrattuale, le giornate di SW fruite e la ripartizione per genere degli smart workers.

Tabella 1:

Dipendenti che hanno utilizzato almeno un giorno di smart working

anno 2022: dal 01.01.2022 al 31.12.2022 (rilevazione effettuata il 30.12.2022)

anno 2021: dal 01.01.2021 al 31.12.2021

	2021	2022
Descrizione Ruolo	n. dipendenti	
AMMINISTRATIVO Comparto	291	185
AMMINISTRATIVO Dirigenza	14	6
PROFESSIONALE Dirigenza	4	2
SANITARIO Comparto	97	47
SANITARIO Dirigenza Medica	23	13
SANITARIO Dirigenza non Medica	24	10
SOCIO SANITARIO Comparto	26	8
TECNICO Comparto	42	24
TECNICO Dirigenza	1	0
Totale	522	295

Tabella 2:

Numero giorni lavorati in smart working

anno 2022: dal 01.01.2022 al 31.12.2022 (rilevazione effettuata il 30.12.2022)

anno 2021: dal 01.01.2021 al 31.12.2021

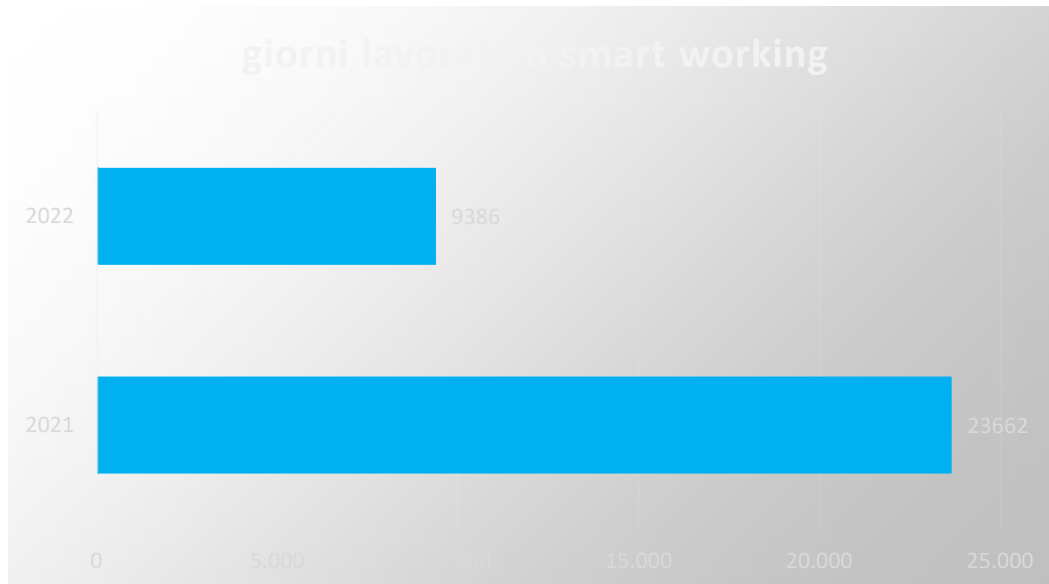
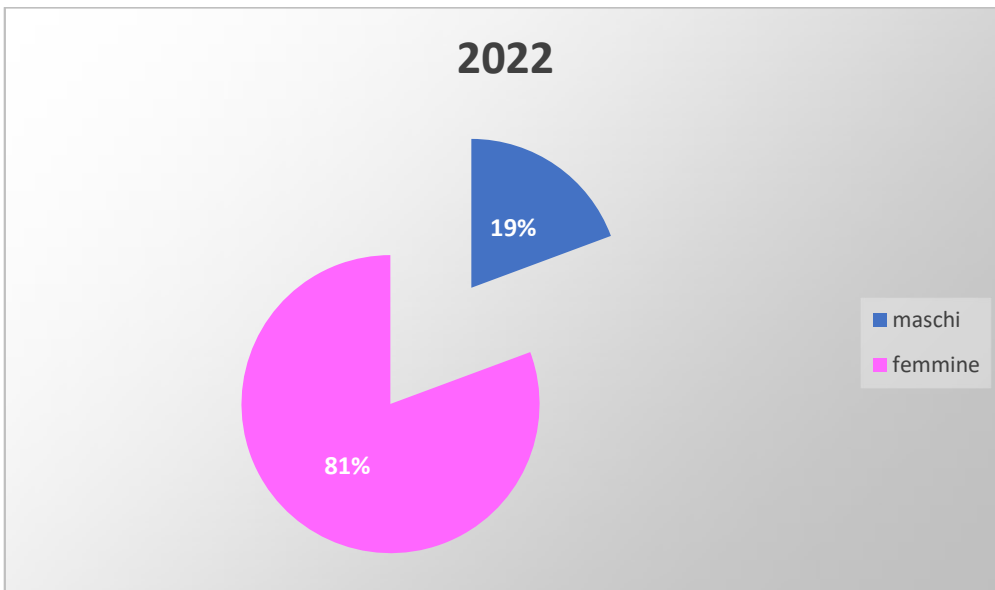
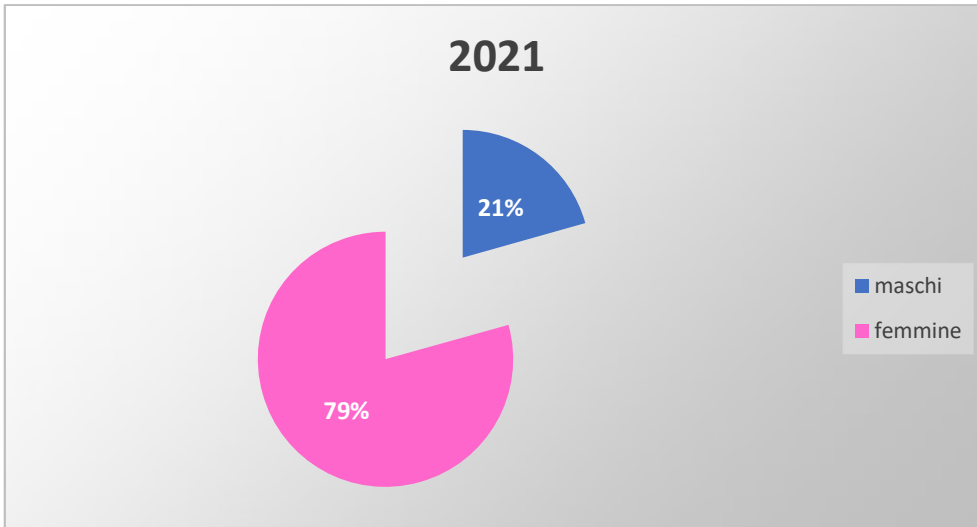


Tabella 3:

suddivisione per genere smart workers

2022: dal 01.01.2022 al 31.12.2022 (rilevazione effettuata il 30.12.2022)

2021: dal 01.01.2021 al 31.12.2021



Modalità attuative

A seguito dell’emanazione di misure di carattere normativo e tecnico per la disciplina del lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche, in particolare con l’entrata in vigore del **nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del comparto Sanità Triennio 2019-2022, sottoscritto in data 2 novembre 2022**, si è resa necessaria la revisione e l’aggiornamento di quanto già predisposto e definito nella fase in cui lo smart working era la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa.

A tal fine quindi l’azienda attuerà una **mappatura delle attività** ossia una ricognizione, svolta in modo strutturato che ha, come obiettivo, l’individuazione delle attività che possono essere prestate in modalità “agile”, tenuto conto della dimensione organizzativa e funzionale di ciascuna struttura. Ciascun Responsabile

di struttura infatti sarà chiamato ad individuare le macro attività che possono essere svolte in agile, il numero di dipendenti assegnati al servizio e le posizioni di smart working attivabili. Tale mappatura potrà essere oggetto, anche nel corso del triennio, di aggiornamento periodico ed integrazione. I criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi saranno oggetto di confronto con i soggetti sindacali.

Contestualmente, grazie alla realizzazione di un gruppo di lavoro regionale, che ha portato avanti nel mese di dicembre 2022 una serie di incontri a tema "lavoro agile", si è potuto promuovere lo scambio delle expertise (collezionate in questi anni di sperimentazione), al fine di promuovere un modus operandi sinergico, collaborativo ed efficace con le altre Aziende sanitarie.

E' quindi in fase di definizione un pacchetto di **nuovi documenti** standard a tema smart working quali:

- il regolamento per l'accesso al Lavoro Agile;
- il nuovo accordo individuale tra azienda e smart worker;
- la nuova informativa in materia di salute e sicurezza informatica.

Fattori abilitanti

I c.d. fattori abilitanti costituiscono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa come, nel caso di specie, l'introduzione e l'evoluzione del lavoro agile. L'Azienda intende procedere, nella prima fase del triennio, ad effettuare un'analisi puntuale volta a individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile e rilevare gli eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo, con riferimento alla salute organizzativa, professionale e digitale.

Piano formativo

L'Azienda riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali, organizzative nonché digitali, necessarie anche per lo sviluppo del lavoro agile.

A tal fine, saranno previste specifiche iniziative formative, diversificate in base al target di riferimento: Dirigenza e Comparto.

Il piano formativo per i **dirigenti** sarà finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro, per modalità di coordinamento e di comprensione delle dinamiche afferenti allo smart worker management, indispensabili per una gestione vincente del lavoro agile.

Oltre agli approfondimenti tecnici, si rende inoltre necessario supportare i dirigenti nella loro competenza di sé: il cambiamento infatti risulterà efficiente ed efficace se e solo se si radicherà nel rinnovo delle proprie convinzioni e degli schemi mentali.

Anche per l'area **comparto**, l'obiettivo della formazione vuole essere quello di rafforzare hard e soft skills quali il lavoro in autonomia, la collaborazione, la condivisione delle informazioni ed il miglioramento dell'utilizzo delle piattaforme informatiche.

Si riporta una tabella delle aree tematiche di massima che saranno discusse e definite nei rispettivi piani formativi:

Target: **DIRIGENZA**

Titolo delle Attività
Lo Smart Working nei contesti socio sanitari
Piattaforme di comunicazione
Salute e sicurezza sul lavoro
Project Management
La gestione del cambiamento organizzativo: best practise
Enneagramma, empowerment e benessere aziendale
Controllo, delega decisionale e fiducia
Misurazione e valutazione della performance

Target: **COMPARTO**

Titolo delle Attività
Utilizzo base ed avanzato di G-Suite
Condivisione delle informazioni, collaborazione, lavoro in autonomia
L'atteggiamento mentale ed i principi dell'ottimismo
Approfondimento Microsoft Excel: miglioramento delle conoscenze informatiche
Lo stress da lavoro e vita privata
Salute e sicurezza sul lavoro
I valori umani nel mondo del lavoro

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Gli attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del lavoro agile in ambito aziendale sono:

- i **Responsabili di struttura** che sono tenuti a coordinare la predisposizione della mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile; a definire, per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore, le priorità; a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.
Sono infine chiamati ad operare un monitoraggio dei risultati, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.
- L'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** che sarà coinvolto nel processo di definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance. E' un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile. L'OIV accompagnerà l'intero programma di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che si svolgerà attraverso le graduali fasi di implementazione nell'arco temporale di tre anni.
- Il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** che ha un ruolo importante nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, funzionali al miglioramento del benessere organizzativo e alla promozione della parità di genere.
- Il **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** che ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'amministrazione e nell'individuazione di percorsi di evoluzione tecnologica volta alla semplificazione e abilitazione del lavoro agile in modalità ordinaria. Inoltre definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad una gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta.

- Le **OO.SS.** che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile.
- Il **Dipartimento Gestione Risorse Umane** che supporta il processo di implementazione del lavoro agile sia con riferimento alla raccolta della mappatura e degli accordi individuali, assolvendo agli obblighi informativi a questi connessi, sia curando la programmazione e realizzazione dei progetti formativi necessari per l'implementazione del lavoro agile.

Programma di sviluppo del lavoro agile

L'applicazione del lavoro agile è avvenuta, in fase iniziale, coerentemente con le indicazioni normative dei decreti legge emanati, durante il periodo pandemico, dal Governo e con le indicazioni fornite dalle successive Direttive nazionali. Al fine della prevenzione e del contenimento della diffusione del Covid-19, si è provveduto ad attivare immediatamente il lavoro agile per garantire il corretto svolgimento delle attività.

L'Azienda si sta approcciando alla fase successiva di implementazione del L.A., prevedendo l'adozione del presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile, di un prossimo regolamento sul lavoro agile e di un nuovo accordo individuale, coerentemente al quadro normativo vigente, a seguito della sottoscrizione del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità, Triennio 2019-2021.

E' inoltre prevista tra il 2023 e 2024, la somministrazione volontaria di un questionario relativamente alla soddisfazione sul lavoro agile ed una rilevazione del benessere organizzativo, i quali hanno lo scopo di indagare sugli effetti del lavoro agile percepito dai dipendenti che ne abbiano usufruito, sui possibili benefici e limiti, oltreché dell'environment aziendale.

Nel corso del 2023, l'Azienda intende quindi procedere alla definizione delle condizioni abilitanti, con un focus particolare su:

- l'approfondimento della mappatura dei processi e delle attività, finalizzata anche all'eventuale individuazione di quelle che non possono essere svolte secondo le modalità di lavoro agile, in coerenza con le esigenze di funzionalità della struttura e di erogazione dei servizi;
- l'attivazione di percorsi formativi utili a sviluppare competenze digitali, soft skills funzionali alla migliore implementazione del lavoro agile (ad es. orientamento al risultato/lavoro per obiettivi, al lavoro di gruppo e alla cooperazione) ed expertise per migliorare la fase di monitoraggio e rendicontazione;
- i requisiti e le dotazioni tecnologiche.

Nel corso del 2024 l'Azienda proseguirà nel perseguimento dell'obiettivo di garantire lo sviluppo di competenze e soft skills funzionali al lavoro agile (con riferimento alla capacità di auto-organizzazione del lavoro e alla cooperazione a distanza tra colleghi), nonché stili dirigenziali orientati ai risultati.

Nel dettaglio, sarà attivato un percorso volto a definire gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti con particolare riguardo a:

- digitalizzazione dei processi;
- miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- impatti interni ed esterni del lavoro agile (maggior qualità nei processi interni e soprattutto in quelli offerti all'utenza);
- qualità dei servizi erogati.

Nell'arco del triennio l'Azienda monitorerà le dimensioni sullo stato di avanzamento del presente Piano, prendendo a riferimento lo schema esemplificativo riportato in **Allegato 1** (pur riservandosi di personalizzare la rilevazione in base alle proprie specificità aziendali e alle condizioni di contesto) e definendo ulteriori indicatori.

Conclusioni

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2023-2025, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

Com'è noto il POLA rappresenta un'importante novità nell'organizzazione del lavoro e, in quanto tale, prevede un processo di graduale sviluppo che sarà portato a compimento progressivamente, compatibilmente con le risorse a disposizione.

Allegato 1: griglia indicatori.

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	2023	2024	2025	
CONDIZIONI ABILITANTI del LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA					
	Aggiornamento del regolamento aziendale del LA	Coordinamento organizzativo del LA	Definizione regolamento LA	Aggiornamento regolamento LA	Aggiornamento regolamento LA	
	Sviluppo di un sistema di monitoraggio del LA	Monitoraggio del LA	Sviluppo bozza sistema di monitoraggio	Sviluppo strutturato	Eventuale aggiornamento	
	Rilevazione benessere organizzativo	Rilevazione soddisfazione sul lavoro agile	Rilevazione dati con questionario			Rilevazione dati con questionario
		Rilevazione benessere organizzativo con indagine di clima	Effettuazione indagine di clima	Analisi dei dati oggetto dell'indagine		
	Creazione di un servizio di Help desk informatico per smart workers	Help desk dedicato al LA	Progettazione	Implementazione ed attivazione del servizio	Aggiornamento del servizio	
	SALUTE PROFESSIONALE					
	Sviluppo competenze direzionali e organizzative per dirigenti e comparto	% Dirigenti e comparto che hanno partecipato a corsi formativi	Studio di fattibilità per futura implementazione	50%	60%	
	Sviluppo competenze digitali per dirigenti e comparto	% Dirigenti e comparto che hanno partecipato a corsi formativi	Studio di fattibilità per futura implementazione	50%	60%	
		% Dirigenti/Posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi/progetti/ processi per coordinare il personale	Studio di fattibilità per futura implementazione	50%	60%	
CONDIZIONI ABILITANTI del LAVORO AGILE	SALUTE DIGITALE					
	Abilitazione all'accesso da remoto ai sistemi aziendali – VPN	Sistema VPN	Sì	Sì	Sì	
	% lavoratori agili dotato di VPN		100%	100%	100%	

	Abilitazione all'accesso da remoto ai sistemi aziendali – Intranet aziendale	% lavoratori agili con accesso ad Intranet aziendale	100%	100%	100%
	Promozione del lavoro in modalità collaborativa	Sistemi di collaboration (G-SUITE di Google)	Sì	Sì	Sì
SALUTE ECONOMICO – FINANZIARIA					
	Formazione del personale a tema competenze funzionali di LA	€ Costi per formazione competenze funzionali al lavoro agile	Studio di fattibilità per futura implementazione		
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	INDICATORI QUANTITATIVI				
	studio di fattibilità per futura implementazione				
IMPATTI	IMPATTI ESTERNI				
	studio di fattibilità per futura implementazione				
	IMPATTI INTERNI				
	studio di fattibilità per futura implementazione				

Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano dei Fabbisogni di Personale, adottato in modo provvisorio con deliberazione del Direttore Generale n. 2238 del 25 novembre 2022, è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 21 ottobre 2022, prot. n.491835 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con cui è stato disposto che le Aziende ed enti del SSR debbano provvedere all'aggiornamento del piano già presentato e approvato per l'anno 2022 e alla stesura del piano 2023-2024-2025, successivamente è stato aggiornato secondo le indicazioni della nota prot. 59363 del 22 dicembre 2022 "Revisione piano triennale dei fabbisogni di personale 2022 e adozione piano triennale dei fabbisogni di personale 2023-2025 alla luce dell'integrazione con i Piano integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO)".

Con nota prot. 32322 C110 del 18 gennaio 2023 la Regione del Veneto ha ritenuto il Piano triennale dei fabbisogni del personale coerente con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

Per la costruzione dello stesso si è tenuto conto, prioritariamente del rispetto dei limiti di spesa provvisori riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali, relative agli anni 2022-2023-2024-2025 e al netto dell'applicazione del C.C.N.L. Comparto Sanità, sottoscritto in data 2 novembre 2022.

Personale dipendente:

Il lavoro di redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale è stato redatto tenendo conto prioritariamente dei limiti di spesa, e a seguito di una attenta analisi dell'attuale dotazione di personale, con riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016 (DGRV 1833/2017 - DGRV 2238/2016 – DGRV 614/2019 – DGRV 610/2014 – DGRV 245/2017 e DGRV 1035/2019) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo anno 2022

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base della soglia massima prevista per l'anno 2022.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2022.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo: anni 2023-2024-2025

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2022. Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2022.

Per gli incarichi finanziati, visto il decreto regionale 16 settembre 2022, n. 89 è stato integrato il dato degli FTE (Dirigenza Sanitari) e il relativo importo (colonna "M") ai fini dell'applicazione della DGRV 371/2022.

Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive

Sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il triennio 2023-2025 si espone quanto segue:

Colonna "B": sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il calcolo degli Full Time Equivalenti (FTE) riferiti al personale docente equiparato alla dirigenza medica (professori di prima e seconda fascia e ricercatori), si è tenuto conto che l'impegno assistenziale risulta essere pari al 50 per cento (19 ore/settimana) dell'impegno assistenziale stabilito per la dirigenza del SSR, come confermato da ultimo nel Protocollo d'intesa tra la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del SSR, ex deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 151/2017.

Si precisa che il conteggio tiene conto anche di 2 FTE in aggiunta al personale ad oggi effettivamente inserito, nell'ipotesi di assegnazione di quattro ulteriori docenti per i quali è stato espresso all'Università il preventivo assenso all'inserimento in convenzione per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo (ns. prot. n. 173902/2021 e n. 10911/2022).

E' stato inoltre previsto 1 FTE per la dirigenza sanitaria, nel caso di assegnazione di un "tecnico di laboratorio di biologia clinica" per il quale è stato espresso all'Università il preventivo assenso all'inserimento in convenzione per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo (ns. prot. n. 165195/2021 e n. 187284/2021); sulla base dei requisiti ammissione previsti, andrà equiparato a dirigente biologo.

Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo), gli FTE invariati, sono stati quantificati considerando l'impegno settimanale pari a 36 ore.

Colonna "E": l'importo riportato nelle schede 2023-2024-2025 è stato costruito secondo quanto indicato dalla Regione del Veneto con nota del 22 dicembre 2022 prot. 593673 C101, fermo restando che, come indicato nella stessa l'acquisto di prestazioni presso i servizi di emergenza-urgenza ospedaliera -art. 21, comma 4, L.R. 27 maggio 2022, n. 12 e linee di indirizzo regionali di cui all'Allegato A) alla D.R.G. n. 1047 del 23 agosto 2022- verrà formulato successivamente.

Colonna "F": l'importo indicato nella scheda 2022 corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell'anno 2022. Per gli anni 2023-2025 viene confermato stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

Colonna "N": l'importo indicato nella scheda 2022 è stato aggiornato ed è riferito alla convenzione con l'Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale di San Donà di Piave, con l'Azienda n. ULSS n. 1 Belluno e con l'Azienda ULSS n. 3 Serenissima.

Colonna "D": analogamente allo scorso anno, il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per teste, tenuto conto del personale già inserito in convenzione e delle autorizzazioni preventive rilasciate per avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo, secondo gli specifici profili.

Internalizzazioni di servizi sanitari – art. 11 del D.L. n. 35/2019

Il lavoro di redazione del Piano per il fabbisogno di personale è stato redatto previa valutazione della possibilità di internalizzare funzione precedentemente affidate a terzi, individuando il personale dipendente in grado di svolgere in modo efficace l'attività in questione, rilevata la necessità di individuare funzioni meritevoli di essere svolte all'interno dell'organizzazione, nell'ambito delle attività sanitarie poste in essere dall'Azienda stessa.

In relazione a questa possibilità, nel Piano per il fabbisogno di personale a partire dall'anno 2023 è stata previsto l'acquisizione di personale dipendente:

- 1) per il progetto di internalizzazione del servizio di organizzazione ed esecuzione di attività di prelievo domiciliare di sangue e trasporto campioni;
- 2) per il Progetto di internalizzazione servizi di supporto per la gestione ospedaliera dei punti di presa in carico e di controllo dei ricoveri e di accettazione;
- 3) per il Progetto di internalizzazione di attività collegate alla gestione dell'anagrafe sanitaria e all'accettazione e presa in carico dell'utenza nell'ambito dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al proprio piano dei fabbisogni di personale. In attuazione di quanto sopra detto, con nota prot. n. 222235 del 30 novembre 2022, è stata trasmessa la deliberazione del Direttore Generale del 25 novembre 2022, n. 2238, con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2022-2023-2024-2025 composto dagli allegati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2022;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2022;

-
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023;
 - 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2023- Progetto di internalizzazione del servizio di organizzazione ed esecuzione di attività di prelievo domiciliare di sangue e trasporto campioni;
 - 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2023 Progetto di internalizzazione dei servizi di supporto per la gestione ospedaliera dei punti di presa in carico e di controllo dei ricoveri e di accettazione;
 - 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2023 – Progetto di internalizzazione di attività collegate alla gestione dell’anagrafe sanitaria e all’accettazione e presa in carico dell’utenza nell’ambito dell’Azienda ULSS 2 Marca trevigiana;
 - 10) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2024;
 - 11) Tabella C – Previsione progetti di internalizzazione Anno 2025;

Con nota aziendale prot. 3943 del 9 gennaio 2023 sono state trasmesse alla Regione del Veneto le schede relative alla colonna A per gli anni 2023-2024-2025 modificate secondo le indicazioni della stessa pervenute con nota 593673 del 22 dicembre 2022, allegate al presente piano per costituirne parte integrante (all. 4). Con nota della Regione del Veneto prot. 32322 C110 del 18 gennaio 2023 è stata altresì comunicata da parte della Regione l’approvazione del piano triennale di fabbisogni 2023-2025 in quanto coerente con le linee di indirizzo del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018 e con le indicazioni operative contenute nella DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

MONITORAGGIO

In questa sezione del documento sono illustrate le modalità con cui l'Azienda intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano.

Il monitoraggio è trasversale per alcuni obiettivi di cui si darà conto nel prosieguo del documento.

In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda addivenire progressivamente ad un sistema il più possibile integrato di monitoraggio di tutto il sistema del Piano.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Per quanto riguarda gli obiettivi di performance l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance su tre livelli:

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

Il monitoraggio della performance organizzativa utilizza una serie di strumenti elaborati dal controllo di Gestione e messi a disposizione dei responsabili dei Unità Operativa e relativi delegati in una piattaforma aziendale accessibile dall'intranet aziendale.

Gli strumenti di monitoraggio sono:

- report Qlik budget: riporta l'andamento degli indicatori presenti nella scheda di budget e, per gli indicatori pesati, il peso ottenuto nel corso dell'anno;
- report Qlik di dettaglio: riportano i dati relativi a un ambito specifico (ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, ecc).

Il sistema di monitoraggio degli obiettivi contenuti nelle schede di budget utilizza prevalentemente i dati presenti nel sistema informativo aziendale ma anche dati raccolti direttamente dalle Unità Operative se non presenti nel sistema informativo.

MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO

Processi e attività oggetto del monitoraggio

L'attività di monitoraggio e riesame prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, non solo si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti, ma si deve soprattutto monitorare l'efficacia delle misure.

In accordo con il PNA 2019 e in continuità con i precedenti, il RPTC deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPTC, tra cui gli owner dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati.

Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022-2024 è stato superiore al 90%. Alcune attività pianificate per il 2022 sono ancora in corso e verranno ultimate nel 2023. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento, gli obiettivi non raggiunti nel 2022 verranno perseguiti nel triennio 2023 - 2025.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e owner dei processi.

Periodicità e modalità di svolgimento delle verifiche

Un primo monitoraggio, monitoraggio di primo livello, viene condotto dai dirigenti di unità operativa, *owner* dei processi, fornendo evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT.

I referenti individuati per le misure generali, gli *owner* dei singoli processi e i referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione:

- sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle misure di trattamento;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Tale monitoraggio è stato previsto come obiettivo di budget 2023 per tutte le unità operative interessate. Gli stessi sono altresì tenuti a dar conto, all'interno della relazione, dell'indice di rischio corruttivo emerso dall'autovalutazione dei propri processi, da effettuare mediante specifico format predisposto dall'Internal Auditing.

Nel 2022, al fine di agevolare la rendicontazione, si è provveduto a rivedere il format della Relazione al RPCT. Anche nel corso del 2023 si cercherà di introdurre misure sempre più efficaci per la rendicontazione.

E' comunque altresì prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso.

A tal fine, ogni referente del RPTC e owner del processo dovrà fornire una relazione eventuale, al termine del primo semestre, in caso di modifiche o scostamenti rispetto a quanto programmato, in modo che il RPCT possa eventualmente intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come per i processi a più alto rischio il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT e dell'Internal Auditing.

Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

Come già detto in precedenza, l'Ufficio Internal Audit aziendale coadiuva il RPCT sviluppando, nello specifico, un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza: il contenuto del piano viene infatti definito anche d'intesa con il RPCT al fine di individuare gli ambiti da sottoporre a specifici audit.

I Report degli audit eseguiti nel 2022 sono stati trasmessi dall'Ufficio Internal Audit al RPCT.

L'Ufficio Internal audit inoltre provvede ad effettuare dei follow up sui processi auditati negli anni precedenti al fine di verificare l'attuazione delle misure correttive segnalate.

Per quanto riguarda il 2023, tenuto conto di quanto emerso dalle relazioni raccolte a fine 2022, e di quanto emerso da confronti diretti con i singoli owner dei processi, si è condiviso con l'Ufficio Internal Audit il calendario degli audit da effettuare anche con riferimento alla funzione anticorruzione e trasparenza. Il Piano triennale di audit 2023 - 2025 dell'Azienda verrà adottato secondo le tempistiche che saranno comunicate da Azienda Zero.

Quanto programmato potrà subire delle variazioni in considerazione dell'eventuale necessità di aggiungere attività non pianificate che si dovessero rendere necessarie a seguito di segnalazioni da parte degli *owner* dei processi o da parte di altri soggetti, eventualmente anche attraverso il canale dei whistleblowing.

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una check list per valutare la rispondenza a quesiti relativi a

qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e Internal Auditing.

Attraverso tale monitoraggio, viene in particolare valutato lo stato di conoscenza della strategia aziendale in tema di anticorruzione da parte del personale dipendente.

L'attività realizzata nel corso dei primi mesi del 2022 ha portato alla effettuazione di 20 audit presso le Strutture territoriali dei tre distretti dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana (Pieve, Asolo e Treviso) e 1 presso l'Ospedale di Conegliano.

Gli audit sono stati realizzati secondo le modalità definite dalla procedura aziendale "CdR AF4211 - Preparazione e conduzione degli audit organizzativo-gestionali, Rev1, Aprile 2021", utilizzando la check list "allegato 4b check list audit allegato 4b qualità – sicurezza sul lavoro - sicurezza paziente – infezioni correlate all'assistenza - prevenzione della corruzione - Internal Auditing".

I valutatori sono stati selezionati dall'elenco aziendale della citata procedura.

La UOSD Sistemi di gestione della qualità ha trasmesso al RPCT l'esito, perlopiù positivo, degli audit relativi all'anticorruzione, per cui si è reso necessario un unico intervento informativo.

L'attività di audit integrato proseguirà anche nel corso del 2023.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'allegato 2, avviene mediante il raggiungimento di precisi indicatori (output di risultato), che consentono di valutare agevolmente il relativo raggiungimento, oppure attraverso specifici monitoraggi. In particolare, il monitoraggio degli obiettivi relativi alla formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione viene effettuata dalla UOSD Formazione mediante l'applicativo aziendale TOM, mentre quello relativo all'adempimento degli obblighi di pubblicazione avviene in sinergia con la UOC Affari generali e legali.

Nel corso del 2022 inoltre è stata intrapresa un'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001. Tale attività verrà implementata nel corso del 2023, anche attraverso la redazione di una specifica procedura per le verifiche a campione, e verrà estesa anche ad altri ambiti.

Nel corso del 2022 si è iniziato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio Internal audit ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità.

Tale integrazione proseguirà anche nel 2023.

RIESAME

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi, secondo il principio del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Nel 2022 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, con nota prot. n. 235803 del 22.12.2022, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2022 – 2024, al fine di consentire ai Direttori di voler eventualmente segnalare criticità riscontrate

nella strategia di prevenzione della corruzione finora posta in essere, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

Il Direttore Amministrativo ha quindi fornito alcune opportune indicazioni in merito.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi				
Obiettivo operativo	Indicatori	Valore soglia anno 2023	Valore soglia anno 2024	Valore soglia anno 2025
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre	30 giugno (eventuale) 30 novembre
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Sì	Sì	Sì
	Riesame	Sì	Sì	Sì

MONITORAGGIO DEL PIAO

Come previsto dalla normativa che disciplina il PIAO e come indicato anche dal PNA 2022 l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un monitoraggio integrato per verificare l'idoneità del PIAO ad attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

Tale attività è stata realizzata in fase di predisposizione del PIAO 2023 – 2025, attraverso un confronto tra i Servizi coinvolti nella redazione del documento e la Direzione aziendale, all'esito della quale si è provveduto ad una ulteriore semplificazione del documento e si è proseguito nell'integrazione, anche funzionale, tra le diverse attività e iniziative finalizzate al raggiungimento del valore pubblico.

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi

Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori

Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione

Allegato 4 - Piano dei fabbisogni