

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025

Annualità 2023

Indice

Premessa.....	2
1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA	3
1.1 Popolazione e territorio	3
1.2 L’Azienda “in cifre”	4
1.2.1 L’assistenza Ospedaliera	4
1.2.2 L’assistenza Specialistica	7
1.2.3 L’assistenza Distrettuale	8
1.2.4 La Prevenzione	13
1.2.5 Le risorse umane.....	14
2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	15
2.1 Valore Pubblico	15
2.2 Performance	17
2.2.1 La pianificazione strategica	18
2.2.2 Obiettivi e performance per favorire le pari opportunità e l’equilibrio di genere	23
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	25
2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione	25
2.3.2 Trasparenza	34
2.3.3 Monitoraggio misure di prevenzione della corruzione e diffusione del PTPCT.....	35
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	36
3.1 Struttura organizzativa.....	36
3.2 Organizzazione del lavoro agile.....	38
3.2.1 Modalità attuative	39
3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile	40
3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile	41
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	42
3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni.....	42
3.3.2 Formazione del personale	45
4. MONITORAGGIO	45
5. ELENCO ALLEGATI	46

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

In linea con quanto previsto dalla DGR 1717 del 30.12.2022 ad oggetto "*Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del PIAO*", l'Azienda ULSS 7 Pedemontana redige e adotta il PIAO 2023-2025 che dà avvio al Ciclo della Performance per l'anno in corso.

Il Piano sarà oggetto di modifiche e integrazioni a seguito di eventuali provvedimenti nazionali e regionali, nonché a seguito del monitoraggio sull'attuazione effettiva delle azioni programmate.

1. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AZIENDA ULSS 7 PEDEMONTANA

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

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

L'azienda ULSS 7 è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.; la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati con l'Atto aziendale, adottato con provvedimento n. 1429 del 28/10/2020.

1.1 Popolazione e territorio

L'ambito territoriale dell'azienda ULSS n.7 Pedemontana comprende 55 Comuni, di cui:

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

La popolazione residente al 1/1/2022 è di 361.257 abitanti, così distribuita:

Tabella 1 - Popolazione per classi di età e distretto al 1/1/2022

Popolazione residente all' 1.01.2022	Classi d'età				TOTALE	Indice vecchiaia %	Indice dipendenza %
	0-14	15-64	65-79	80+			
Tot. area distretto 1	22.985	114.256	28.073	12.840	178.154	178,0	55,9
Tot. area distretto 2	23.687	116.759	29.024	13.633	183.103	180,1	56,8
Azienda ULSS 7 Pedemontana	46.672	231.015	57.097	26.473	361.257	179,1	56,4

Indice vecchiaia: over65/0-14

Indice dipendenza: over65+0-14 su popolazione 15-64

Tabella 2 - Popolazione per Distretto dal 2017 al 2022

Popolazione residente	all' 1.01.2017	all' 1.01.2018	all' 1.01.2019	all' 1.01.2020	all' 1.01.2021	all' 1.01.2022
Tot. area distretto 1 (D1) *	180.336	180.160	180.040	179.229	178.267	178.154
Tot. area distretto 2 (D2)	187.015	186.345	186.389	184.808	183.712	183.103
ULSS 7 Pedemontana	367.351	366.505	366.429	364.037	361.979	361.257

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

Fonte: ISTAT

In riferimento alla distribuzione per aree distrettuali si ha il consueto numero maggiore di abitanti nel distretto 2, con un indice di vecchiaia più elevato rispetto al distretto 1.

La popolazione ultra 65enne è arrivata al 23,1% del totale e l'indice di vecchiaia è del 179,1%, mostrando un trend in continua crescita (era 161% nel 2019), determinato dall'aumento della popolazione ultra 65enne e dalla diminuzione dei minori fino a 14 anni.

Il processo di invecchiamento è maggiore per la popolazione del Distretto 2, con oltre il 180% di indice di vecchiaia.

La superficie del territorio aziendale è di kmq 1.482,98, di cui 938,47 Kmq sono in area di montagna (17 Comuni) e di alta montagna (8 Comuni).



Le peculiarità orogeografiche, con un'estesa zona montuosa a nord e vaste aree collinari a sud, implicano una complessa viabilità, soprattutto nel periodo invernale, con conseguente criticità negli spostamenti tra le diverse strutture dell'Azienda, e, unitamente alla crescente presenza di anziani, hanno reso necessario mantenere l'apertura di sedi periferiche ed incrementare la presenza di strutture territoriali e di attività domiciliari a garantire i servizi sanitari e socio-assistenziali dell'azienda.

Tabella 3 - Principali indicatori demografici suddivisi per distretto.

Indicatori demografici al 01/01/2022	Totale Azienda	Distretto 1	Distretto 2
Popolazione residente	361.257	178.154	183.103
Superficie (km ²)	1.482,98	822,50	660,48
Densità abitativa (abitanti/km ²)	243,60	216,60	277,23
Popolazione 0-14 anni	46.672	22.985	23.687
Popolazione 65 anni e più	83.570	40.913	42.657
Indice di vecchiaia (%)	179,06	178,00	180,09
Nati vivi	2.584	1.256	1.328
Deceduti	3.768	1.799	1.969
Stranieri residenti	27.194	12.325	14.869
Tasso di natalità (per 1000 residenti)	7,15	7,05	7,25
Tasso di mortalità (per 1000 residenti)	10,43	10,10	10,75
% stranieri residenti	7,5%	6,9%	8,1%

1.2 L'Azienda "in cifre"

1.2.1 L'assistenza Ospedaliera

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

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

Tabella 4 - Posti letto per ospedale

Posti letto	DGR 614/2019	Delibera Commissario n. 674/2020
Presidio Osp. di rete Bassano	378	376
Ospedale nodo di rete Asiago	104	88
Presidio Osp. di rete Santorso	400	371
TOTALE OSPEDALI	882	835
<i>Esclusi posti culla dei Nidi (assistenza neonatale)</i>		

Si rappresentano di seguito le stime dei volumi di attività 2022 di ricoveri, pronto soccorso e interventi chirurgici con i dati relativi all'anno in corso finora disponibili, a confronto con le stesse del 2021.

Ricoveri

Si registra un incremento complessivo dell'attività, in particolare in quelle dell'ospedale di Santorso, che anche nel 2021 era stato parzialmente dedicato ai pazienti COVID.

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

Dimissioni	Anno 2021	Proiezione 2022*	Differenza %
Ospedale Bassano	15.830	15.500	-2,09%
Ospedale Asiago	1.737	1.940	+11,67%
Ospedale Santorso	16.370	17.137	+4,69%
totale ULSS 7	33.937	34.576	+1,88%
<i>*proiezione lineare su dati primi 11 mesi</i>			

Tabella 6 - Ricoveri in regime ordinario e diurno per le strutture dell'Azienda per Area Funzionale.

Strutture	Area Medica	Area Chirurgica	Area Terapie Intensive	Area Materno-Infantile	Area Riabilitazione	Totale
Ospedale Bassano	4.620	6.601	503	3.776	0	15.500
Ospedale Asiago	835	460	0	405	240	1.940
Ospedale Santorso	6.232	5.554	135	5.019	196	17.137
Totale	11.687	12.615	638	9.200	436	34.576

L'emergenza ha comunque continuato ad interessare le strutture ospedaliere nel corso del 2022 (circa 1750 ricoveri per Covid), seppure in misura minore rispetto ai due anni precedenti. Al 31/03/2022 inoltre è stato dichiarato concluso lo stato di emergenza e molte attività rimaste comunque attive per la gestione dei contagi ancora presenti sono passate alla gestione "ordinaria" con relativo impatto economico sul bilancio di esercizio in quanto non più coperte da apposito finanziamento.

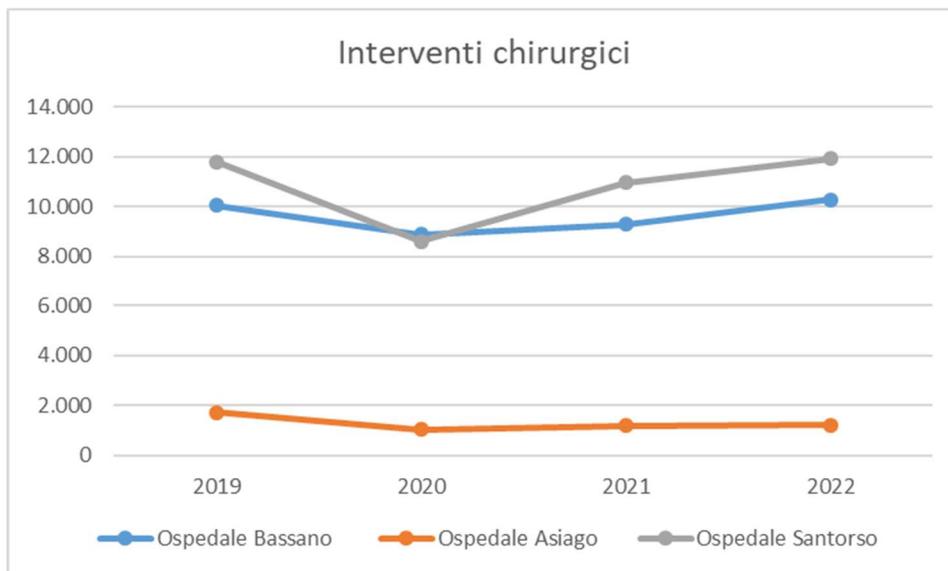
Attività operatoria

L'attività di sala operatoria, che aveva subito una notevole riduzione nel 2020 a causa della sospensione per alcuni mesi dell'attività programmata e che anche nel 2021 non ha potuto essere svolta pienamente a regime a causa delle restrizioni imposte per la pandemia, nel corso del 2022 si è riportata ai livelli del 2019.

Tabella 7 - Interventi chirurgici anni 2019-2022

Interventi chirurgici	2019	2020	2021	2022	Diff. % 2022-21
Ospedale Bassano	10.040	8.873	9.285	10.263	+10,53%
Ospedale Asiago	1.712	1.036	1.179	1.225	+3,90%
Ospedale Santorso	11.800	8.603	10.952	11.909	+8,74%
totale ULSS 7	23.552	18.512	21.416	23.397	+9,25%

**su dati aggiornati al 9/1/2023*



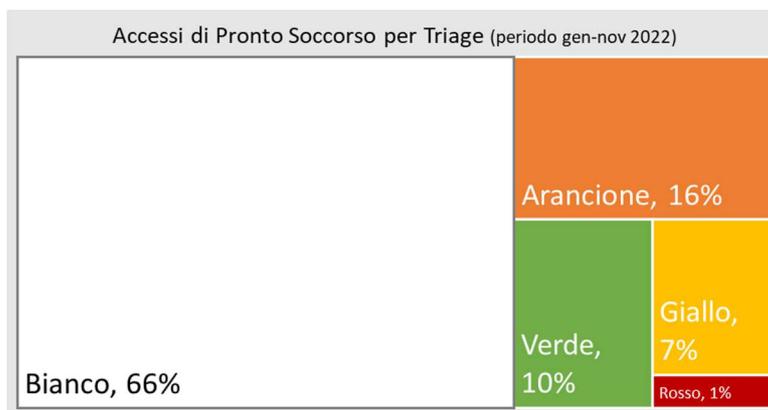
Pronto Soccorso

Si evidenzia anche per tale attività l'incremento progressivo rispetto al 2020 e al 2021 tornando a raggiungere i livelli pre-pandemia.

Tabella 8 - Numero di accessi in pronto soccorso.

Accessi	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Proiezione 2022*	Diff. % 2022-21
Ospedale Bassano	59.254	45.351	55.221	61.062	10,58%
Ospedale Asiago	12.825	8.818	10.035	12.995	29,49%
Ospedale Santorso	65.329	45.326	53.309	63.410	18,9%
totale ULSS 7	137.408	99.495	118.565	137.467	15,9%

*proiezione lineare su dati primi 11 mesi



La soddisfazione della domanda di ricovero (mobilità sanitaria)

I residenti dell'ULSS 7 Pedemontana possono contare su una rete di offerta di ricovero costituita dalle tre strutture aziendali di Bassano, Asiago e Santorso presso le quali viene effettuato circa il 71% dei ricoveri che annualmente vengono erogati per i residenti del territorio.

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

	2019	2020	2021	proiezione 2022
Ricoveri presso strutture ULSS 7 Pedemontana	33.720	28.331	30.055	30.208
Ricoveri presso altre Strutture della Regione pubbliche e private	11.421	9.776	9.851	9.343
Ricoveri presso strutture fuori Regione pubbliche e private	3.231	2.169	2.635	2.635*
Totale ricoveri per i residenti dell'ULSS 7 Pedemontana	48.372	40.276	42.541	42.186

*non essendo disponibile il dato riferito al 2022 si riporta quello relativo all'anno precedente

1.2.2 L'assistenza Specialistica

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

Rispetto all'anno 2021 sono aumentate le prestazioni eseguite presso le strutture pubbliche, in particolare l'Ospedale di Santorso (+10,1%) e gli ambulatori territoriali del Distretto 1 (+18,6%), mentre si sono quasi dimezzate le prestazioni eseguite presso strutture private accreditate (-40,2%).

Tabella 10 - *Prestazioni ambulatoriali per esterni*

<i>Prestazioni per esterni escluse prestazioni Branca Laboratorio Analisi</i>	2020	2021	Proiezione 2022**	Differenza 2022-2021
Ambulatori Ospedale Bassano	273.856	324.475	323.492	-0,3%
Ambulatori Ospedale Asiago	35.323	44.044	43.762	-0,6%
Ambulatori Ospedale Santorso	160.342	202.269	222.651	+10,1%
Ambulatori extraospedalieri Distretto 1	39.487	44.013	52.186	+18,6%
Ambulatori extraospedalieri Distretto 2	100.817	135.945	136.012	+0,0%
Privati accreditati	112.711	106.060	63.405	-40,2%
Totale ULSS 7	722.536	856.806	841.508	-1,8%

<i>Prestazioni per esterni Branca Laboratorio Inclusi i tamponi</i>	2020	2021	Proiezione 2022**	Differenza 2022-2021
03- Laboratorio	2.485.225	2.888.568	2.892.823	+0,1%

*fonte SPS

**su dati 11 mesi 2022

1.2.3 L'assistenza Distrettuale

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

Tabella 11 - *Elenco delle principali strutture che erogano i servizi sanitari e socio-sanitari dell'Azienda sul territorio.*

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	Numero
Distretti	2
Strutture intermedie	8 (di cui 5 private accreditate)
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	7 aziendali
	5 privati accreditati
Strutture per minori e famiglie	6
Strutture per anziani	10 centri diurni
	42 centri servizi
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	33
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	20
Strutture per persone con dipendenze	3
Medici di Assistenza Primaria (MMG)	216
Pediatri di Libera Scelta	43
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	10
Farmacie convenzionate	113

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

- *Assistenza Primaria*, con un ruolo cardine nell'ambito dell'assistenza distrettuale, garantita mediante l'attività di 216 Medici di Medicina Generale, 43 Pediatri di Libera Scelta e 68 medici del Servizio di Continuità Assistenziale che assicurano le prestazioni di primo livello nonché l'invio ai servizi specialistici.

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

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

Tabella 12 - *Numero di trasferimenti gestiti dalla COT.*

COT	2020	2021	Gennaio-luglio 2022
N. transizioni	6.240	6.318	3.444

- *Assistenza Domiciliare*, che risulta sempre più rilevante in relazione all'invecchiamento della popolazione e alla necessità di mantenere il più possibile nell'ambiente familiare o comunque al proprio domicilio le persone più fragili e/o con malattie croniche.

Pertanto, nel particolare momento epidemico degli ultimi anni, in cui le persone più anziane e più fragili sono state maggiormente colpite, sono state ancora più importanti le attività erogate al domicilio. In tal senso è diventata necessaria anche l'attivazione e l'operatività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), attivate fino a fine giugno 2022 e alle unità di Continuità Assistenziale Diurna (UCAD) presenti da luglio, a supporto dei MMG per le attività sul territorio e nei centri servizi. Alcuni dati di sintesi per l'intera Azienda sono riportati nelle tabelle che seguono. Le variazioni tra gli anni sono dovute principalmente alle diverse attività erogate per casi Covid-19 che hanno necessariamente seguito l'andamento della pandemia.

Tabella 13 - Totale utenti ADI (escluse attività medici USCA) e Assistiti over 65 anni con almeno una presa in carico di livello 1 o superiore da parte del servizio ADI

	2020	2021	2022*
Totale utenti (escluso USCA)	9.778	9.715	9.115
Assistiti 65+ anni	5.040	4.888	4.965
Tasso x 1000 ab. 65+ anni	6,13%	5,91%	5,94%

* dato stimato

Livello 1 o superiore = presa in carico con coefficiente di intensità assistenziale $\geq 0,14$

Tabella 14 - Accessi di assistenza domiciliare integrata per figura professionale

Numero accessi per figura professionale	Anno 2021	Anno 2022*	differenza anno 2022-anno 2021
MMG	20.364	18.096	-2.268
PLS	7	33	26
Infermiere	62.105	64.172	2.067
Infermiere solo prelievo	33.136	29.356	-3.780
Medico Specialista	132	81	-51
Medico Esperto in Cure Palliative	1.557	1.283	-274
Medico di continuità assistenziale	384	249	-135
Psicologo	91	36	-55
Fisioterapista	2.022	1.843	-179
Assistente sociale	12	9	-3
Medico USCA/UCAD	6.733	4.784	-1.949
Totale	126.543	119.942	-6.601

* dato stimato

- La rete delle *Cure Palliative* offre un'assistenza globale al paziente con patologie croniche in fase di terminalità, attraverso percorsi integrati di cura in differenti setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, Hospice, Ospedale di Comunità, Centri Servizi per Anziani, come previsto dalla DGRV n. 553/2018 che definisce il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore. Nell'anno 2022 sono stati visti a domicilio dal medico palliativista n. 457 utenti e sono stati ricoverati in Hospice n. 252 utenti (dati stimati). La percentuale stimata di deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di Cure Palliative è del 48%.

Tabella 15 - Numero di deceduti oncologici assistiti dalla Rete di Cure Palliative, di cui deceduti a domicilio o in hospice per distretto di residenza (dati stimati).

Anno 2022	Deceduti a domicilio	Deceduti in Hospice	Totale
Distretto 1	118	85	203
Distretto 2	136	118	254
Totale	254	203	457

- Assistenza psichiatrica, garantita dai Servizi Psichiatrici dei due distretti tramite i 3 Centri di Salute Mentale (Bassano, Thiene e Schio), i 2 servizi dedicati ai Disturbi del Comportamento alimentare, le strutture residenziali e diurne a gestione diretta e l'inserimento di pazienti in strutture gestite dal privato sociale. Nel corso del 2022 si è conclusa la riorganizzazione della rete assistenziale psichiatrica, in particolare rispetto alle strutture residenziali del privato sociale per complessivi 61 posti letto in strutture sanitarie (CTRP) e n. 91 posti letto in strutture socio-sanitarie (Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento Protetto). Sono proseguiti i progetti trasversali di integrazione tra DSM, NPI/SERD e UVFA per la gestione congiunta di presa in carico del disagio giovanile ed è iniziata la riorganizzazione dei servizi territoriali della Salute Mentale in attuazione della DGR 371 del 8/4/2022 che prevedono dei PDTA regionali rivolti a pazienti affetti da specifiche patologie psichiatriche. Si riportano in sintesi alcuni dati relativi agli utenti seguiti.

Tabella 16 - Utenti per struttura di presa in carico

Assistenza psichiatrica	2020	2021	2022*	Diff. % 2022-2021
<i>n° utenti totali</i>	5.171	5.568	5.516	-0,9%
ambulatoriali	5.155	5.559	5.397	-2,9%
semiresidenziali	200	185	187	1,1%
residenziali - CTRP	42	59	68	15,3%
residenziali - GAP	22	24	19	-20,8%
residenziali - Comunità Alloggio	111	121	101	-16,5%

* dato stimato

Tabella 17 - Utenti con almeno un contatto territoriale per diagnosi, anni 2020-2022.

Diagnosi	2020	2021	2022*
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti	1.066	1.044	1.037
Disturbi affettivi	1.403	1.459	1.385
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi	1.272	1.330	1.280
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto	687	791	820
Altre diagnosi psichiatriche	513	551	533
Altro o non rilevato	230	393	377

* dato stimato

- Servizi per la tutela ed assistenza socio-sanitaria della *maternità, dell'infanzia, adolescenza e della famiglia* che fanno riferimento a livello territoriale ai 2 Servizi omonimi per distretto, comprendenti i Consultori Familiari, i Servizi di Protezione e Tutela Minori, i Centri per l’Affido e i Servizi di Neuropsichiatria Infantile. Nel 2022 è stata avviata per entrambi i distretti l’Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA) con il fine di intercettare precocemente il disagio giovanile e di rispondervi. Si è inoltre consolidata l’integrazione delle equipe della Tutela Minori e degli Affidi sui due distretti per uniformare la presa in carico dei minori. Sono state potenziate le attività rivolte alla neogenitorialità e, nel Servizio di Neuropsichiatria Infantile è stato potenziato l’ambulatorio per la valutazione di minori con disturbi dello spettro dell’autismo. Gli utenti che hanno ricevuto almeno una prestazione nel 2022 dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile sono n. 4.615 (dato stimato) mentre l’utenza in carico alla Tutela Minore, ai servizi per l’affido e ai Consultori Familiari è complessivamente riportata nella seguente tabella.

Tabella 18 - *Andamento delle prese in carico degli utenti nel 2021 e nel 2022.*

Tipologia utenti	Utenti 2021	Utenti primi 9 mesi 2022
Singoli	7.185	5.768
Coppie	110	36
Famiglie	275	99
Totale	7.570	5.903
<i>Nota: Per l'attività psicosociale non sono stati conteggiati come utenti i singoli componenti della coppia o della famiglia se l'intervento era rivolto a coppie o famiglie nel loro insieme.</i>		

- *Assistenza ai Disabili*, erogata mediante 15 strutture residenziali con un totale di 331 posti letto e 18 strutture semiresidenziali, con 434 posti. Per gli utenti con disabilità sono inoltre attivi servizi specifici di promozione e integrazione (inserimenti lavorativi, integrazione scolastica, assistenza psicologica, attività sportive).

Tabella 19 - *Utenti con disabilità presenti nelle strutture semiresidenziali e residenziali con quota Ulss7.*

	Distretto 1	Distretto 2
Interventi semiresidenziali (n. utenti)* <i>compresi Centri diurni, Progetti Alternativi ai Centri diurni, DGR 1375, DDN</i>	217	278
di cui CENTRI DIURNI presso strutture a gestione diretta	107	48
di cui CENTRI DIURNI presso strutture a gestione convenzionata	84	172
di cui Progetti sperimentali	33	60
Interventi Residenziali (n. utenti)* <i>compresi RSA disabili, Comunità alloggio, CRGD, altro</i>	182	108
di cui presso strutture a gestione diretta	32	38
di cui presso strutture a gestione convenzionata	151	70
Interventi semiresidenziali in strutture fuori ULSS 7 (n. utenti)	8	
Interventi Residenziali in strutture fuori ULSS 7 (n. utenti)	22	
<i>Nota: come utenti sono state considerate le "teste". La suddivisione per distretto fa riferimento alla collocazione della struttura *la somma degli utenti per distretto non coincide con la somma per colonna delle specifiche in quanto lo stesso utente può essere transitato nel corso del periodo in più di una tipologia di servizio</i>		

Fonte: Flusso FAR - mese di novembre 2022

- Assistenza agli Anziani erogata mediante 38 Strutture residenziali per anziani non autosufficienti con oltre 3.000 posti letto totali; di queste strutture, 6 sono solo per Religiosi, per complessivi 225 posti.

Tabella 20 - Utenti anziani per Unità d'offerta

Azienda ULSS	Età media all'ingresso	Maschi	Femmine	Utenti per tipologia di Unità d'Offerta					
				I livello	II livello	Strutt. alta protezione Alzheimer (SAPA)	Stati vegetativi permanenti	Centri diurni anziani	Religiosi (I e II liv.)
Distretto 1	84,4	440	1.324	1.165	423	39	14	85	200
Distretto 2	84,9	414	1.059	1.063	397	0	0	61	24

Fonte: FAR 2022 mese 11, relativi al periodo 1.1.2022-30.11.2022

- Nel territorio sono presenti *Strutture residenziali specifiche*: 3 Hospice per malati terminali per un totale di 22 posti letto, di cui 1 hospice di recentissima attivazione ad Asiago con 3 posti letto; 2 strutture per l'Alta Protezione Alzheimer (SAPA) per complessivi 20 posti letto e 2 strutture per gli Stati Vegetativi Permanenti (SVP) con un totale di 14 posti letto.
- Sono attive altresì 4 strutture sanitarie intermedie: 2 Ospedali di Comunità (ODC) e 2 Unità Riabilitative Territoriali (URT): l'ODC a Marostica nel D1, con 20 posti letto e l'ODC di Malo nel D2, con 15 posti letto, l'URT a Malo nel D2, con 22 posti e, di più recente attivazione, la URT a Marostica nel D1, per un totale a regime di 20 posti.

Tabella 21 - Strutture intermedie: posti letto e giornate di degenza per tipologia di struttura e per distretto.

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

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

Tabella 22 - Persone dipendenti prese in carico per distretto.

Utenti	Distretto 1		Distretto 2		Totale	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Tossicodipendenti	453	471	811	751	1.264	1.222
Alcolisti	318	354	328	341	646	695
Tabagisti	45	58	53	39	98	97
Dipendenza da gioco	63	62	47	44	110	106
Altro (invii da Prefettura, dai datori di lavoro, dipendenze comportamentali)	107	64	105	85	212	149

1.2.4 La Prevenzione

Nell'ambito della prevenzione e delle attività del Dipartimento di Prevenzione, nel 2022 si è posta particolare attenzione sul recupero delle attività rimaste in sospeso o rimandate nel corso degli anni 2020 e 2021, in particolare per quanto riguarda vaccinazioni pediatriche e screening. Inoltre, si è lavorato per delineare una strategia con cui affrontare future situazioni di emergenza pandemiche o di analoga natura, arrivando ad un modello di gestione integrata con le attività ordinarie.

Tabella 23 - Coperture vaccinali dell'ultimo triennio.

Copertura Vaccinale	2020	2021	2022	Obiettivo Regionale
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	92%	92,04%	92,29%	95%
Vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	92%	91,56%	91,22%	95%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	58,83%	42,45%	n.d.*	75%
<i>*dato non disponibile in quanto campagna non ancora conclusa</i>				

Tabella 24 - Copertura degli screening mammografico, della cervice uterina e del colon retto nell'ultimo triennio.

Screening- Copertura	Copertura 2020	Copertura 2021	Copertura 2022*	Obiettivo Regionale	Differenza % 2022- obiettivo
Screening mammografico	50 %	74,9 %	51,0 %	60 %	-9
Screening cervice uterina	44,8 %	69,6 %	52,9 %	50 %	2,9
Screening colon retto	52 %	72,7 %	55,6 %	50 %	5,6
<i>*dato non consolidato aggiornato al 15.01.2023</i>					

Tabella 25 - Attività di prevenzione SPISAL

SPISAL	2020	2021	2022
Attività produttive sottoposte a controllo di cui:			
cantieri	367	371	378
cantieri per bonifica amianto	9	12	16
aziende agricole	61	55	56
Copertura attività produttive soggette a controllo	1276	964	n.d.
indagini per infortuni sul lavoro concluse	62	66	59
Inchieste per malattie professionali concluse	55	12	n.d.
Visite mediche (A.I.B.)	110	7	110

Tabella 26 - Servizio Igiene alimenti e Nutrizione.

Servizio Igiene alimenti e Nutrizione	2020	2021	2022
N. controlli/campioni sugli alimenti di origine vegetale	229	309	216
N. controlli/campioni su acque destinate al consumo umano	610	621	574
N. controlli negli esercizi del settore di produzione/trasformazione/commercializzazione di alimenti vegetali	995	974	2.066
N. audit presso ristorazioni pubbliche	9	20	12
Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano	240	381	133

Tabella 27 - 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. controlli negli stabilimenti di produzione alimenti di origine animale	135	215	200
Piano Nazionale Residui: numero campioni effettuati nei macelli e negli stabilimenti di produzione alimenti di origine animale	156	118	148
Piano Regionale Integrato dei Controlli: numero campioni effettuati nelle imprese di produzione e commercializzazione alimenti di origine animale	187	201	206
Nr. ispezioni negli stabilimenti di macellazione	1145	1092	1046
Nr. delle visite ante mortem per macellazione speciale d'urgenza al di fuori del macello	194	213	206

Tabella 28 - 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	120	119	110
Piano Nazionale Residui: campioni	145	171	151
Piano Nazionale Benessere Animale: campioni	81	119	114

Tabella 29 Servizio Sanità Animale

Servizio Sanità Animale	2020	2021	2022
controlli per Influenza aviare:			
n. controlli per allevamento	18	40	49
n. prelievi	1.395	2.051	1.714
Brucellosi, Leucosi: n. allevamenti bovini controllati	122	151	160
TBC: n. allevamenti bovini controllati	137	172	143
Brucellosi: n. Allevamenti ovicaprini controllati	24	78	127
Controlli anagrafe zootecnica: n. allevamenti controllati (bovini, suini, ovicaprini, equini, apistici)	96	80	131
n. capi controllati (ovicaprini)	1498	2257	480

Tabella 30 - Servizio di Igiene Urbana Veterinario

Servizio di Igiene Urbana Veterinario	2020	2021	2022
Lotta al randagismo:cattura cani randagi/vaganti (SVIAPZ)	795	323	1006
Lotta al randagismo: colonie feline sterilizzate (SVIAPZ)	75	114	471
Nr. movimentazioni anagrafe canina (SSA)	3934	4217	5780

1.2.5 Le risorse umane

L'Azienda ULSS 7 si avvale prevalentemente di personale dipendente a tempo indeterminato o determinato. Il personale dipendente al 31.12.2022 è pari a 4.146 unità (teste).

Per quanto riguarda la composizione del personale fra i due generi, il dato generale conferma una maggior presenza delle donne, pari al 77% dei dipendenti. Rispetto alla composizione per ruolo, si registra la seguente distribuzione percentuale, ormai stabile da anni:

	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo
Personale dipendente	67,86%	21,69%	0,12%	10,34%

Tabella 31 – *Personale Dipendente ULSS 7 Pedemontana al 31/12/2022*

<i>Dipendenti al 31/12/2022</i>		Numero Dipendenti Equivalenti	Numero Dipendenti (Teste)
PERSONALE DIRIGENTE	DIRIGENZA MEDICA	502,54	510
	DIRIGENZA VETERINARIA	25,00	25
	DIRIGENZA SANITARIA	57,00	57
	DIRIGENZA RUOLI PROFESSIONALE TECNICO E AMMINISTRATIVO (PTA)	23,00	23
TOTALE PERSONALE DIRIGENZA		607,54	615
PERSONALE COMPARTO	PERSONALE INFERMIERISTICO/OSTETRICO	1.673,17	1.782
	PERSONALE TECNICO SANITARIO	164,33	168
	PERSONALE DI RIABILIAZIONE	194,42	202
	PERSONALE DI VIGILANZA E ISPEZIONE	77,17	78
	OSS/OTAA	642,61	671
	ALTRO PERSONALE TECNICO (escl. OSS/OTAA)	226,83	234
	PERSONALE AMMINISTRATIVO	377,06	396
TOTALE PERSONALE COMPARTO		3.355,59	3.531
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE		3.963,13	4.146

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

2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

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

2.1 Valore Pubblico

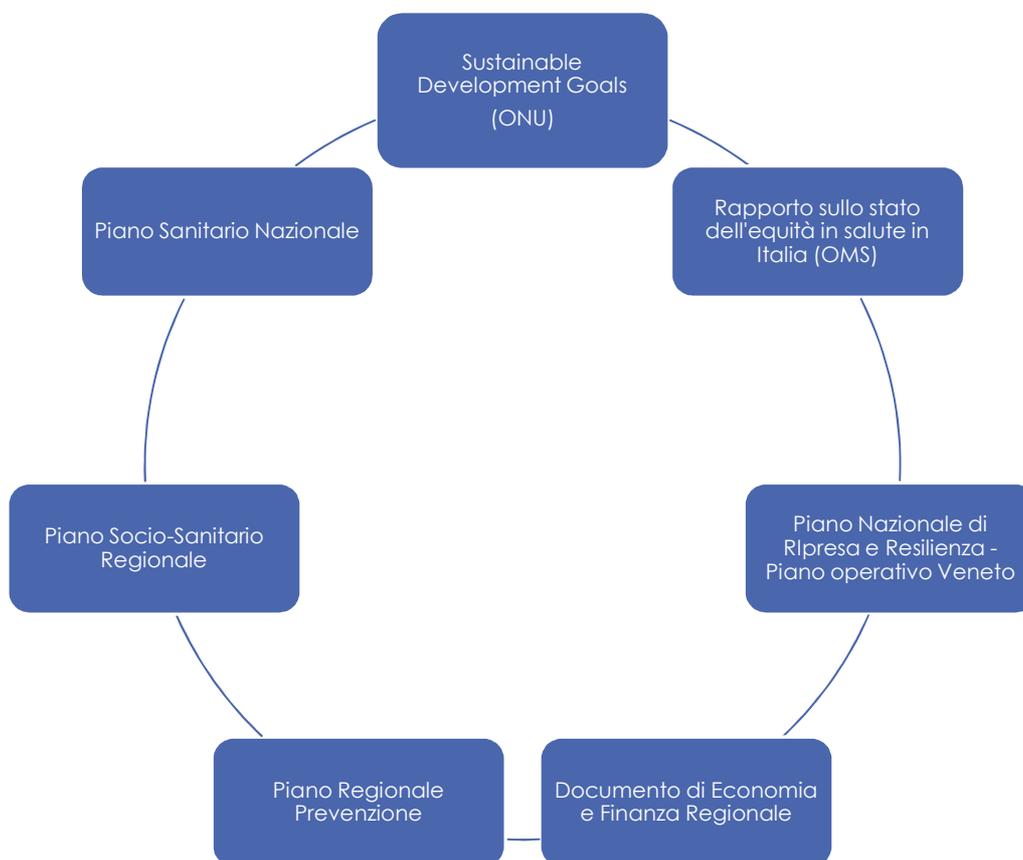
L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, quale ente pubblico del Servizio Sanitario, ha come missione rispondere alla domanda di salute della comunità e dei cittadini, erogando prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale come definito dalla programmazione regionale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione e orientando la propria organizzazione e attività sui bisogni della persona, sull'integrazione tra servizi sanitari e la comunità locale e sullo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi.

L'Azienda definisce le strategie correlate alla "mission" aziendale e ai bisogni di salute, da cui derivano gli obiettivi e le linee di sviluppo, delineando il posizionamento a cui ambisce e il valore pubblico che intende creare.

La visione strategica dell'azienda consiste nell'essere parte di un sistema orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze. Tale complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità ed integrazione di risposte e percorsi assistenziali. Da ciò risulta indispensabile sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema, riprogettando le modalità di offerta e di erogazione dei servizi, con la più ampia sinergia tra servizi ospedalieri e territoriali, nonché attivando alleanze sia all'interno dell'organizzazione, favorendo l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori, sia all'esterno, incentivando la partecipazione dei vari stakeholder, dalle autonomie locali agli organismi, enti e associazioni che entrano nel sistema di produzione dei servizi.

I risultati in termini di soddisfazione dei bisogni di salute rappresentano il valore pubblico, per il cui raggiungimento l'Azienda definisce le linee strategiche e gli obiettivi operativi, realizza le azioni e gli interventi e monitora i relativi indicatori, elaborando misure correttive o migliorative quando necessario.

La definizione di tali azioni strategiche è il risultato prevalentemente della programmazione regionale e nazionale, che a loro volta sono improntate su linee strategiche definite nei seguenti documenti o pianificazioni:



In tale contesto, il raggiungimento degli obiettivi strategici di salute e di funzionamento dei servizi porta alla creazione di valore pubblico e gli indicatori misurati per verificarne il livello rappresentano la dimensione dell'impatto ottenuto.

Con particolare riferimento agli obiettivi di benessere equo e sostenibile (*Sustainable Development Goals*) dell'Agenda ONU 2030, si riportano gli indicatori riferiti all'area strategica "Buona Salute e Benessere" con i valori più aggiornati relativi alla Regione Veneto.

Indicatore		Veneto	Italia
Speranza di vita alla nascita	Maschi	81,7	81,1
	Femmine	86,1	85,4
Speranza di vita in buona salute alla nascita		59	58,5
Mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)		2,1	2,9
Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) **		1	0,7
Mortalità per tumore (20-64 anni) **		8	8,4
Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (> 64 anni) **		39,6	33
% di persone con una percezione dello stato di salute buono o molto buono			
% di persone in sovrappeso / obese		42,00%	42,90%
% fumatori		22,40%	24,50%
% di bevitori "a maggior rischio"		25,50%	15,00%
* Ultimo Anno Disponibile: 2018 per mortalità infantile, per tumore e per demenze; 2019 per gli altri indicatori BES ISTAT; 2020-2021 per gli indicatori PASSI.			
** Tassi standardizzati (per 10.000) su popolazione europea standard 2013			
Fonte: Dati Istat e PASSI, elaborazione a cura dell'ULSS 6 Euganea			

L'Azienda è da sempre impegnata a facilitare i cittadini ad approcciarsi ai servizi resi nell'ambito del territorio e garantire la più ampia accessibilità. Particolare attenzione viene posta alle modalità e alla messa in atto di azioni finalizzate a realizzare la piena *accessibilità*, fisica e digitale, anche da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

In quest'ottica, è in fase di attivazione un nuovo sito internet, che accompagnerà i cittadini nella conoscenza non solo dei servizi offerti ma anche delle esperienze aziendali che hanno permesso di ottenere i migliori risultati (best practice). Il nuovo sito web si caratterizzerà per un nuovo approccio al cittadino, per la ricerca di un linguaggio semplice ed immediato. Prioritario è rivedere la cultura aziendale di relazione con il cittadino da informazioni organizzate per Unità operative a informazioni organizzate per bisogni e aree tematiche.

Al fine di dare informazioni utili e chiare, che rispondano tempestivamente alle domande dei cittadini, l'Azienda Ulss7 Pedemontana ha approvato con deliberazione del Direttore Generale N. 2390 del 20/12/2022 un piano di *comunicazione* che definisce le principali strategie e mezzi di comunicazione, nonché i nuovi sviluppi, le linee guida del piano editoriale in conformità alla normativa vigente.

Si rinvia pertanto alle successive trattazioni, dove sono riportati puntualmente risultati attesi, obiettivi e misure, derivanti dalle linee strategiche direttamente impattanti sul soddisfacimento dei bisogni di salute e sull'erogazione dell'assistenza e da quelle indirette, funzionali al sistema, dalla trasparenza e comunicazione, per aumentare la capacità di rendere conto e di interfacciarsi con utenti e stakeholder, alla prevenzione della corruzione per ridurre i rischi di distorsione delle risorse, dall'organizzazione per renderla più flessibile alle esigenze operative e all'integrazione delle attività, allo sviluppo delle risorse umane valorizzando la performance individuale, garantendo le pari opportunità e la formazione.

2.2 Performance

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

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

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

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

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

2.2.1 La pianificazione strategica

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

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



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

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

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

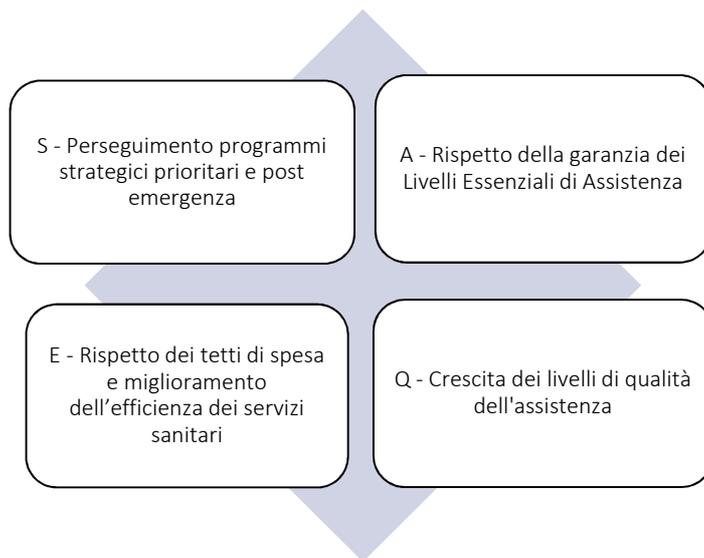
Per il 2023 gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale sono stati determinati con DGR n. 1702 del 30.12.22; tale provvedimento si colloca in continuità con la DGR 709/22, che ha invece delineato importanti novità in termini di obiettivi rispetto ai due anni precedenti.

Se il biennio 2020-21 è stato infatti caratterizzato da un peso molto importante degli obiettivi legati alla gestione della pandemia, i provvedimenti del 2022, e analogamente del 2023, rappresentano il ritorno, dal punto di vista della programmazione regionale, alla definizione di aree strategiche di intervento post pandemia e di miglioramento della qualità dei servizi erogati.

L'impianto metodologico del 2023 prevede il monitoraggio di 66 indicatori per 25 obiettivi e la programmazione regionale differenzia gli obiettivi per azienda, individuando i punti di forza e di debolezza e assegnando di conseguenza obiettivi di miglioramento o di mantenimento personalizzati.

Gli obiettivi sono declinati per **Area Strategica**, che integra la già presente classificazione per ambito Lea (Ospedale, Territorio, Prevenzione, Processi di supporto).

Le **4 Aree Strategiche** previste sono rappresentate da:



Si riporta di seguito una sintetica descrizione delle linee di indirizzo e di azione che caratterizzano ciascuna delle quattro macro aree. Nell'allegato "Obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Regione con DGR 1702 del 30.12.2022" al presente Piano vengono dettagliati gli obiettivi, gli indicatori e le soglie di soddisfazione per il triennio 2023-2025.

Area S- Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza

All'interno di quest'Area trovano collocazione gli obiettivi strategici che riguardano:

- il miglioramento dei tempi di attesa
- lo sviluppo delle progettualità legate al PNRR (Missione 6) e alla riorganizzazione di spazi e funzioni (Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, digitalizzazione)
- l'evoluzione dei Sistemi Informativi (SIO, Fascicolo)

Quest'Area rappresenta il *core* degli obiettivi regionali per il 2023: sempre maggiore attenzione è riservata alla risoluzione delle criticità legate al periodo pandemico, con particolare riferimento al miglioramento della performance in termini di *rispetto dei tempi di attesa*. Gli indicatori che declinano tale obiettivo rappresentano il 50% del punteggio complessivamente attribuito dalla Giunta Regionale.

Grande rilevanza in questo ambito ricoprono le attività connesse all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In attuazione a quanto previsto dalla programmazione regionale, l'Azienda ULSS 7 Pedemontana ha avviato nel corso del 2022 l'iter che porterà alla realizzazione di ben 16 interventi infrastrutturali finanziati tramite i fondi PNRR, per complessivi 29,1 milioni di euro di investimenti. Già nel mese di settembre 2022, infatti, risultavano assegnati gli incarichi per la progettazione di tutte le opere.

In particolare, rientra nell'ambito della Missione 6 "Salute" la realizzazione nel territorio aziendale di n. 8 *Case della Comunità* (hub), quali strutture socio sanitarie al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, secondo un modello multidisciplinare. Entro il 2023 dovranno essere approvati i relativi progetti esecutivi, con affidamento lavori che verranno iniziati nel prossimo anno per concludersi entro il 2026.

Rientra, inoltre, all'interno della Missione 6 del PNRR lo sviluppo delle *Centrali Operative Territoriali* (COT) quali strutture che svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Il Piano regionale di attuazione prevede in totale n. 4 COT per l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, di cui due già a regime e due di nuova attivazione le cui attività per l'avvio si sono concluse il 31.12.22 nel rispetto del cronoprogramma regionale.

Ulteriore ambito di sviluppo concerne gli *Ospedali di Comunità* (ODC), quali strutture sanitarie di ricovero della rete di assistenza territoriale che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Con DGRV n.1107 del 06.08.2020, e come riportato nel Piano regionale di attuazione del PNRR, sono previste nel territorio dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana n. 4 ODC a gestione pubblica e n. 2 ODC a gestione privata. Sono attualmente attivi l'O.D.C. presso il C.S.S. Prospero Alpino di Marostica con 20 PL (gestione pubblica) e l'O.D.C. Ipab Muzan Malo con 15 PL (struttura privata accreditata). Nel rispetto del cronoprogramma regionale verranno attivati entro il primo semestre 2026 ulteriori n.3 ODC a gestione pubblica ubicati presso le sedi dell'Ospedale di Bassano (24 PL), dell'Ospedale di Asiago (10 PL) e dell'Ospedale di Santorso (15 PL).

Infine, rientra tra gli interventi finanziati dal PNRR Missione 5-Componente 2-Investimento 2.3 ("Inclusione e Coesione - Infrastrutture sociali, famiglie comunità e 3° settore - Programma innovativo per la qualità dell'abitare") la riqualificazione di parte del complesso "*Prospero Alpino*" a Marostica, di proprietà dell'ULSS7 Pedemontana, per ricavare un piccolo insediamento abitativo assistito per persone affette da Alzheimer in modo lieve o in media gravità (5 abitazioni per complessivi 34 residenti), servizi di supporto (spazi per associazioni e attività ambulatoriali dedicate, piccoli esercizi commerciali) e alloggi sociali, per un investimento pari a circa 13 milioni €.

Area A - Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza

L'Area A della DGR n. 1702/2022 misura le performance secondo quanto previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, declinando indicatori di:

- miglioramento (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui ogni Azienda presenta criticità
- mantenimento (per area ospedaliera, distrettuale, prevenzione) per le aree di erogazione in cui l'Azienda non presenta criticità ma deve mantenere i livelli di performance raggiunti

Per l'Azienda Ulss 7 Pedemontana gli indicatori di miglioramento nel 2023 riguardano:

- Area Ospedale: percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate, percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti l'anno, volume di interventi di PTCA.
- Area Distrettuale: proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico, tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8:00 alle ore 20:00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde, consumo di oppioidi sul territorio.
- Area Prevenzione: proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello per mammella, copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib), e per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR), 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.

Gli indicatori compositi (uno per ogni area) si sono invece concentrati sul monitoraggio di aspetti dell'assistenza che per l'Azienda Ulss7 Pedemontana non rappresentano criticità ma sui quali è necessario mantenere l'attenzione; nella programmazione 2023 si è tenuto conto dell'andamento degli indicatori di mantenimento nel corso dell'anno appena concluso, con spostamento di alcuni aspetti dal mantenimento al miglioramento.

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

Dal punto di vista dell'efficienza e sostenibilità del sistema, l'Area Strategica E declina gli obiettivi di rispetto dei tetti di spesa in materia di beni sanitari e Personale e declina indicatori di efficientamento dei processi amministrativi come:

- Il perseguimento dell'efficienza finanziaria, attraverso l'azzeramento del debito scaduto e il mantenimento dei tempi di pagamento;
- la presentazione delle istanze di autorizzazione alla alienazione dei beni del patrimonio disponibile, individuati nel Cronoprogramma 2023-2025 per l'annualità 2023;
- il rispetto del cronoprogramma di accreditamento delle strutture pubbliche;
- la soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza.

Viene inoltre declinato un obiettivo specifico relativamente al rispetto della programmazione relativamente ai costi della produzione rilevati in sede di IV rendicontazione del Conto Economico Consuntivo Trimestrale (CECT)

Per quanto riguarda i limiti di costo per l'anno 2023, si richiama il Decreto 181 del 30/12/2022 del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale con il quale sono stati stabiliti i tetti di costo in materia di beni sanitari (acquisti diretti, farmaci, innovativi, farmaci innovativi oncologici, dispositivi medici, e spesa IVD e di costo del personale degli Enti del SSR, oltre al budget finanziario massimo a disposizione di ciascuna Azienda sanitaria per investimenti finalizzati al mantenimento del patrimonio esistente aziendale.

La sfida per l'Azienda Ulss7 Pedemontana è pertanto di assicurare l'efficienza dei servizi, garantendo qualità e equità nell'accesso alle cure, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio e della sostenibilità del sistema. A tal fine risulta fondamentale l'adozione e il miglioramento di strumenti di monitoraggio per l'analisi dei fenomeni sanitari, il governo dei costi e la gestione efficiente dei servizi.

Area Q - Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza

L'Area Q contiene indicazioni circa gli obiettivi specifici da perseguire ai fini del miglioramento della qualità dei servizi e con la DGR 1702/22 ha posto l'attenzione su una molteplicità di temi nuovi che sono stati riproposti da edizioni passate (dopo essere stati sospesi nel periodo pandemico).

Il provvedimento regionale del 2023 si pone in continuità con il precedente in termini di temi, introducendo poche novità rispetto al 2022, riducendo il numero di indicatori e aggiornando in alcuni casi le modalità di valutazione.

Le principali aree di monitoraggio inserite nella delibera 1702/22 riguardano:

- Ospedale: indagini di qualità percepita per pazienti ricoverati e pazienti con cronicità, miglioramento indicatori reti tempo dipendenti (Ictus, IMA), miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita, volumi di chirurgia senologica.
- Territorio: miglioramento assistenza domiciliare, miglioramento presa in carico pazienti fragili, sviluppo degli ospedali di comunità, sviluppo offerta area anziani, Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), Unità Funzionale Distrettuale Adolescenti (UFDA), Piano Operativo per il Gioco d'Azzardo Patologico
- Prevenzione: Piano regionale Prevenzione, coperture vaccinali in specifici gruppi target (anziani, adolescenti), screening HCV, sicurezza sul lavoro, biosicurezza degli allevamenti
- Processi di supporto: indagini di clima interno, formazione professionisti sanitari, processo di alienazione dei beni del patrimonio, risposta ai rilievi del Collegio Sindacale, miglioramento appropriatezza consumo Farmaci e Dispositivi Medici

Ulteriori obiettivi prioritari aziendali

Oltre agli obiettivi derivanti dalla programmazione regionale e dalla programmazione territoriale, nel corso del 2023 proseguirà lo sviluppo di progetti e obiettivi specifici aziendali finalizzati al miglioramento continuo sia in termini di efficacia che di efficienza.

⇒ Integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi)

Favorire meccanismi di integrazione orizzontale dei servizi (organizzazione funzionale dei processi), evitando la duplicazione delle funzioni su base territoriale al fine di garantire l'omogeneità operativa rappresentano principi cardine per l'Azienda su cui già nello scorso biennio sono stati definiti obiettivi e progettualità specifiche.

L'obiettivo per l'anno in corso è pertanto proseguire ulteriormente verso una riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due Distretti, che sarà sviluppata:

- *in ambito ospedaliero* attraverso azioni di integrazione in attesa di approvazione del nuovo Atto Aziendale;
- *in ambito territoriale* anche attraverso la definizione degli interventi e degli investimenti inseriti nel PNRR;
- *nell'area dei servizi tecnico-amministrativi* attraverso la prosecuzione dell'omogeneizzazione delle procedure operative e informatiche.

La riorganizzazione dei servizi per una maggiore integrazione dei due distretti verrà attuata, inoltre, attraverso l'individuazione e l'interscambio delle buone pratiche adottate, al fine dello sviluppo delle sinergie e della diffusione di soluzioni organizzative meglio rispondenti al perseguimento degli obiettivi aziendali.

⇒ Sostenibilità ambientale

Proseguirà, altresì, l'impegno dell'Azienda Ulss7 Pedemontana verso la sostenibilità ambientale, ambito nel quale è stata posta una specifica attenzione come testimoniato dall'aver ottenuto lo scorso anno il Premio Compraverde Buygreen della Regione Veneto, assegnato per l'impegno alla riduzione delle emissioni inquinanti posto nella definizione di un bando per il servizio di trasporto dei campioni biologici e altro materiale. Nel 2022, inoltre, l'Azienda Ulss7 Pedemontana ha ricevuto la menzione speciale ricevuta all'evento nazionale Compraverde Buygreen per il progetto "Azienda Paperless" finalizzato a ridurre progressivamente il consumo di carta attraverso la promozione di comportamenti virtuosi tra i dipendenti e una diversa organizzazione delle attività.

Oltre a questo, tenendo conto della grave situazione economica che ha coinvolto sia il mercato delle materie prime sia delle risorse energetiche, con conseguente ricaduta sui prezzi di beni e dei servizi, l'Azienda ha iniziato a mettere in atto alcune iniziative, quali ad esempio alcuni acquisti nel rispetto dei Criteri Ambientali Minimi (CAM), la revisione dell'illuminazione di alcuni parcheggi aziendali, la razionalizzazione del parco auto, la razionalizzazione del

parco stampanti in un'ottica di paperless, che proseguiranno nel corso del 2023 con l'individuazione di ulteriori azioni finalizzate all'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse.

⇒ Flessibilità

Rispondere tempestivamente alle fasi acute della pandemia e al ripristino della gestione dell'attività ordinaria nelle fasi post pandemiche rappresenta, mai come in questo triennio, un obiettivo prioritario per l'Azienda. Risulta pertanto indispensabile la definizione e lo sviluppo di modelli organizzativi che rispondano rapidamente al cambiamento dei bisogni.

La necessità di modelli flessibili riguarda anche la gestione delle risorse umane, a vario titolo: da un lato l'esperienza pandemica ha portato alla messa in atto di buone pratiche in termini di utilizzo di modalità innovative di reperimento e gestione delle risorse (contratti, collaborazioni, ...) e l'utilizzo di strumenti versatili, quali ad esempio lo smart working, ma anche la ridefinizione temporanea delle funzioni e delle professionalità in base al fabbisogno di competenze in continuo mutamento.

⇒ Diffusione cultura Project Management

Ulteriore obiettivo aziendale è la diffusione all'interno dell'Azienda di un approccio strutturato alla gestione dei progetti, con coinvolgimento trasversale di diverse figure professionali interessate e la definizione chiara delle fasi di gestione del progetto (avvio, pianificazione, controllo, esecuzione, chiusura).

Già nell'ultimo biennio sono stati sviluppati progetti specifici aziendali, necessariamente collegati alla programmazione regionale, che hanno visto l'avvio di gruppi multidisciplinari (gruppi di lavoro/cabine di regia) finalizzati allo sviluppo sinergico delle progettualità aziendali con definizione di soluzioni organizzative per l'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse.

I gruppi di lavoro multidisciplinari attivi in Azienda sono strutturati in quattro ambiti di sviluppo principali: gruppi di lavoro per progetti e per l'ottimizzazione dei processi, gruppi di lavoro per l'acquisto di beni e servizi (gare e capitolati), gruppi di lavoro per la stesura di regolamenti/ procedure e cabine di regia e tavoli permanenti aziendali.

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

L'Azienda USS 7 Pedemontana intende promuovere interventi tesi non solo al superare le disparità di genere tra le lavoratrici ed i lavoratori, ma anche volti a migliorare il benessere organizzativo complessivo e a sviluppare la cultura di genere e di sostegno alle pari opportunità all'interno dell'ente e nella comunità.

Le iniziative proposte in fase di perfezionamento riportate nel documento di lavoro redatto dal Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG), hanno quindi l'intento di:

- 1) creare le condizioni affinché i/le dipendenti esprimano al meglio il loro potenziale nel realizzare la missione dell'Azienda, per cui s'intende definire un progetto di miglioramento organizzativo, attraverso la mappatura delle competenze e dell'affidamento degli incarichi, che possa valorizzare anche le differenze di genere e le pari opportunità;
- 2) rimuovere eventuali ostacoli che impediscano di realizzare pari opportunità nel lavoro, per garantire il massimo equilibrio possibile tra i generi nelle posizioni e negli incarichi, sia per i ruoli dirigenziali che del comparto;

3) favorire politiche di conciliazione tra responsabilità familiari e professionali attraverso azioni che prendano in considerazione sistematicamente le differenze, le condizioni e le esigenze di donne e uomini all'interno dell'organizzazione, ponendo al centro dell'attenzione la persona e contemperando le esigenze dell'amministrazione con quelle delle dipendenti e dei dipendenti.

In tale ambito, gli interventi che s'intende mettere in atto sono molteplici e sono così riassunti:

n.	TEMA	TITOLO	DESCRIZIONE INTERVENTO	DESTINATARI
1	Promuovere il benessere lavorativo e la gestione dello stress lavoro correlato	<i>Potenziamento delle azioni per il benessere organizzativo</i>	Coinvolgere i Responsabili e Coordinatori di tutte le strutture/Servizi Aziendali nell'identificazione di disagi lavorativi e loro approccio	Tutti i dipendenti
2		<i>Gestione del rischio da stress lavoro correlato</i>	Organizzazione di corsi sulla gestione dello stress lavorativo e benessere di almeno una minima percentuale di personale per ogni area	Tutti i dipendenti
3		<i>Collaborazione al monitoraggio dello smart working</i>	Valutazione dei benefici del lavoro agile in collaborazione con l'UOC Gestione Risorse Umane	Dipendenti che lavorano in modalità agile
4		<i>Sostenere una cultura che impatti positivamente sull'ambiente</i>	Promuovere comportamenti virtuosi tra i dipendenti e una diversa organizzazione delle attività, ai fini di una maggiore attenzione ai consumi energetici	Tutti i dipendenti
5	Promuovere la cultura di genere	Sostenere lo sviluppo della cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione diretta ed indiretta	Promuovere in tutte le articolazioni dell'Azienda e nel personale la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione diretta ed indiretta	Tutto il personale
6	Migliorare il rapporto con l'utenza e la gestione delle manifestazioni aggressive	Potenziamento delle attività finalizzate al miglioramento dei rapporti con l'utenza	Organizzazioni di corsi di formazione sulle tecniche di de-escalation della aggressività e sulla gestione delle relazioni, per gli operatori a contatto con il pubblico	Dipendenti a contatto con il pubblico

Come previsto dalla Direttiva n. 2/2019 ad oggetto "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche", vengono annualmente trasmesso al CUG, da parte dell'UOC Gestione Risorse Umane, secondo il format messo a disposizione dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della funzione pubblica e Dipartimento per le pari opportunità-, informazioni utili alle opportune valutazioni in merito anche alle misure da promuovere per le pari opportunità, tra le quali:

- l'analisi quantitativa del personale suddiviso per genere e per appartenenza alle aree funzionali e alla dirigenza, distinta per fascia dirigenziale di appartenenza e per tipologia di incarico conferito ai sensi dell'articolo 19 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- l'indicazione aggregata delle retribuzioni medie, distinte per genere, con evidenziazione delle eventuali differenze tra i generi;
- il bilancio di genere dell'amministrazione.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti risulterà fondamentale per la predisposizione delle azioni da inserire nel successivo Piano triennale.

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Rischi corruttivi e misure di prevenzione della corruzione

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

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

Le misure di prevenzione hanno quindi gli obiettivi strategici di:

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

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

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

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

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

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

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

Principale figura identificata a supporto delle attività di prevenzione della corruzione è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), a cui viene affidato il compito di gestire, coordinare e vigilare sulle "misure" di prevenzione del rischio corruttivo. In caso di assenza o mancanza del RPCT, l'Azienda ha identificato come sostituto il diretto superiore gerarchico.

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

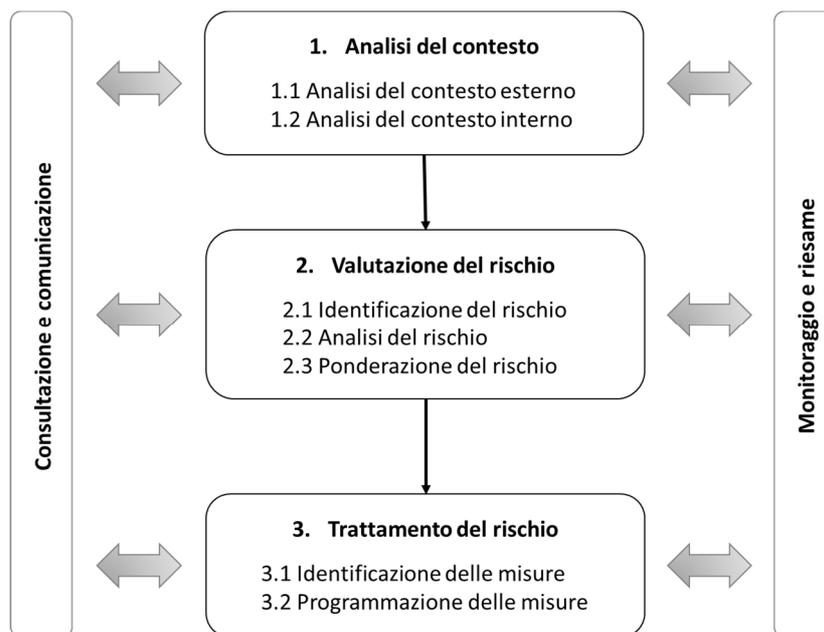
Tra i soggetti che in Azienda concorrono, in modo attivo, alla prevenzione della corruzione, sono da evidenziare l'Ufficio Trasparenza e anticorruzione che, come da Atto Aziendale in vigore, risulta in staff al Direttore Generale,

l'Ufficio Internal Auditing che è in staff al Direttore Amministrativo, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) tra i cui compiti vi è la verifica e valutazione del rispetto degli obblighi di trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. n. 33/2013 s.m.i), l'Ufficio per i procedimenti disciplinari, la cui composizione è stata aggiornata con deliberazione n. 592 del 10/04/2021 e il Responsabile dell'anagrafe unica per la Stazione Appaltante che nell'Azienda U.L.S.S. 7 Pedemontana è il direttore UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica.

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

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

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



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

Nel periodo post-covid il ciclo economico mondiale risulta indebolito con un forte aumento dell'inflazione. L'attività economica globale ha dato segnali di rallentamento dovuti sia alla prosecuzione della diffusione delle varie varianti del coronavirus ma anche in modo particolare, all'invasione dell'Ucraina da parte della Russia.

L'inflazione ha proseguito in salita pressoché ovunque, riflettendo pesanti rialzi dei prezzi dell'energia. A causa del conflitto sono state molto significative le variazioni sulle quotazioni dei mercati finanziari evidenziando soprattutto un aumento dei prezzi delle materie prime energetiche per le quali la Russia detiene una quota rilevante del mercato mondiale.

Sulla base di indicatori ad alta frequenza, la produzione industriale è scesa a causa, soprattutto, delle difficoltà di approvvigionamento di materie prime e prodotti intermedi. Essendo la Russia uno dei maggiori fornitori di gas, si prospetta l'obiettivo di compensare le importazioni di gas russo attraverso investimenti in fonti rinnovabili.

Nel Veneto, soprattutto nel 1° semestre del 2022, è proseguita la crescita dell'attività economica regionale in tutti i settori. Secondo l'indicatore trimestrale dell'economia regionale (ITER) elaborato dalla Banca d'Italia, nel primo semestre il prodotto è cresciuto del 6,0 per cento rispetto al corrispondente periodo del 2021. L'aumento è stato analogo alla media nazionale.

La ripresa si è attenuata in corso d'anno risentendo dell'elevata incertezza causata dalle tensioni geopolitiche e dei forti rincari delle materie prime specie energetiche. Nei mesi estivi, Ven-ICE, l'indicatore elaborato dalla Banca d'Italia per misurare la dinamica di fondo dell'economia veneta, è diminuito, collocandosi a settembre in segno negativo per la prima volta dall'estate 2020.

Per il mercato del lavoro secondo i dati Istat, nella media del primo semestre del 2022, l'occupazione in Veneto è aumentata attestandosi su livelli prossimi a quelli pre-Covid.

È il turismo il settore con maggior incremento per il 2022 le cui presenze risultano quasi triplicate in particolar modo per ciò che riguarda il turismo interno mentre il turismo straniero non risulta ancora completamente recuperato.

In questo periodo storico e nelle previsioni del PNRR, trova particolare importanza il rispetto dell'ambiente e la gestione dell'energia. Proprio per questo si è posta l'attenzione per esempio, al miglioramento della capacità di gestione efficiente e sostenibile dei rifiuti. Relativamente a questi ultimi il Veneto presenta già una situazione molto avanzata nel panorama nazionale, infatti si colloca ai vertici tra le regioni per quanto riguarda la raccolta differenziata che supera il 76% nel 2020, con picchi ben oltre l'80% nelle province di Treviso e Belluno. Molto buono anche il sistema di trattamento dei rifiuti. Negli anni, grazie a delle politiche molto attente al tema, si è giunti al quasi azzeramento del conferimento in discarica dei rifiuti oggetto di differenziazione e a sfiorare il 74% di rifiuti avviati al recupero nel 2020. Infine, nell'ottica di sviluppo di un'economia circolare il Veneto raggiunge un indice di recupero del 68,8% della materia nel 2020, molto al di sopra dell'obiettivo del 50% previsto dalla Direttiva 2008/98/CE per il medesimo anno e vicino al 70% stabilito per il 2030.

Con riferimento al contesto interno, si rinvia al capitolo "Scheda anagrafica", paragrafi Popolazione e territorio e L'Azienda "in cifre" e alla sezione 3. Organizzazione e capitale umano, al paragrafo sulla Struttura Organizzativa.

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

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

Dopo aver identificato i processi è stata condotta un'attività di descrizione analitica che ha permesso di suddividerli ulteriormente in fasi/attività che compongono ciascun processo. Questa attività, sviluppata dal 2020, è stata ulteriormente strutturata mediante l'acquisizione e implementazione del software dedicato: "GZOOM - Modulo Anticorruzione" che ha permesso di:

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

neutralizzare o quantomeno attenuare la probabilità o l’impatto del rischio corruttivo.

2.3.1.1 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi

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

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

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

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

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

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

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

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

Da qui è derivato un indicatore di sintesi così rappresentato:

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

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

Il software in uso è stato implementato con le schede di sintesi di valutazione del rischio che evidenziano per ogni processo mappato le singole fasi/attività, i relativi rischi e le misure individuate, nonché gli indicatori usati per la misurazione (riportati nell’allegato “Piano anticorruzione 2023-2025”).

La sintesi sottoriportata rappresenta l’output di quanto formalizzato nel software per i 37 processi considerati

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
A - ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE (EX ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE)	Basso / trascurabile		2,34	T.4.4 - SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	Basso / trascurabile		2,66
				A.31.1 - ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI	medio/basso		3,09
				A.31.2 - GESTIONE GIURIDICA DEL PERSONALE DIPENDENTE	Basso / trascurabile		2,35
				A.31.3 - GESTIONE ORARIO DI LAVORO	Basso / trascurabile		2,4
				A.31.4 - GESTIONE ECONOMICA FISCALE	Basso / trascurabile		1,87
				A.31.5 - GESTIONE PREVIDENZIALE	Basso / trascurabile		1,69
				A.31.6 - Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6 art. 7 D.Lgsv 165/2001)	Basso / trascurabile		1,82
				T.4.1.2 - MMG - PLS	Basso / trascurabile		2,66
B - CONTRATTI PUBBLICI (EX AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE)	Basso / trascurabile		2,51	A.21.1 - PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI DI BENI E SERVIZI	Medio / basso		3,12
				A.21.2 - GESTIONE DELLE GARE DI ACQUISTO DI BENI E SERVIZI SOTTO SOGLIA	Basso / trascurabile		2,49
				A.21.3 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI SOPRA SOGLIA	Medio / basso		3,01
				A.22.0 - GESTIONE DEL CONTRATTO DI ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	Basso / trascurabile		2,53
				A.22.4 - GESTIONE DEI CONTRATTI IN OUT-SOURCING Medio	medio/basso		4,27
				A.24.0 - GESTIONE DEL PROJECT FINANCING Basso /	medio/basso		3,46
				A.25.1 - ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile		2,11
				A.25.2 - GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE ED IMPIANTISTICO	Basso / trascurabile		1,90
				A.25.3 - GESTIONE DELLE ALIENAZIONI E DELLE LOCAZIONI	Basso / trascurabile		1,39
				A.26 - GESTIONE DEL PATRIMONIO ICT	Basso / trascurabile		2,42
				A.27.2 - GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	Basso / trascurabile		2,22
A.32.0 - RILEVAZIONE FABBISOGNO E ORGANIZZAZIONE PIANO FORMATIVO	Basso / trascurabile		1,14				
E - GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	Basso / trascurabile		1,70	A.42.1 - GESTIONE DELL'INVENTARIO	Basso / trascurabile		1,52
				A.42.2 - INVENTARIO FISICO CICLICO DEI CESPITI	Basso / trascurabile		1,83

AREA DI RISCHIO	VALUTAZIONE		RISCHIO	PROCESSO	VALUTAZIONE		RISCHIO
				A.43.1 - GESTIONE DEI FONDI ECONOMICI	Basso / trascurabile		1,57
				A.43.2 - GESTIONE PAGAMENTI	Basso / trascurabile		1,56
				A.43.3 - GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI	Basso / trascurabile		2,04
				A.43.5 - GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA	Basso / trascurabile		0,72
				A.44.0 - FATTURAZIONE ATTIVA	Medio/Basso		3,29
				A.47.0 - RECUPERO DEL CREDITO	Basso / trascurabile		1,06
				A.48 - GESTIONE MOBILITA'	Basso / trascurabile		0,72
H - AFFARI LEGALI E DEL CONTENZIOSO	Basso / trascurabile		1,56	A.51.0 - GESTIONE SINISTRI E CONTENZIOSI	Basso / trascurabile		1,56
I - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI E LISTE D'ATTESA	Medio / Basso		3,41	O.21.2.1 - ATTIVITA' SPECIALISTICA IN REGIME DI LP	Basso / trascurabile		2,73
				O.21.3.1 - ATTIVITA' DI RICOVERO IN REGIME DI LP	Medio/Basso		4,08
L - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Medio / Basso		4,38	T.1.0 - ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (EX ART. 26), TERMALE	Medio / Basso		4,38
M - FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Basso / trascurabile		2,11	T.3 - ASSISTENZA PROTESICA	Basso / trascurabile		2,11
				O.11.0 - GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE (SPERIMENTAZIONE E RICERCHE CLINICHE). RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSE LE RICERCHE CLINICHE)	Basso / trascurabile		1,75
				T.21.1 - GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE	Basso / trascurabile		2,14
N - ATTIVITA CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	Basso / trascurabile		2,18	O.4.0 - PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME	Basso / trascurabile		2,18

2.3.1.2 Misure per il trattamento del rischio e relativo monitoraggio

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

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

Con il supporto del software implementato in Azienda è stato possibile indicare, per ogni rischio individuato, una idonea misura di prevenzione. Nel corso del 2022 l'attività è stata svolta dal process owner che ha misurato, in relazione ai rischi e alle misure individuate, gli indicatori di verifica specificando tempi e modi.

A seconda dell'area di rischio a cui si riferiscono, le misure di prevenzione della corruzione si suddividono in "general", ai sensi della L. 190/201, che presentano alto livello di probabilità di eventi rischiosi, e ad aree di rischio "specifiche" per il settore sanitario secondo le direttive del PNA 2013 – aggiornamento 2015.

Di seguito l'elenco:

A - Acquisizione e gestione del personale

B - Contratti pubblici

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

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

E - Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

F - Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

G - Incarichi e nomine

H - Affari legali e contenzioso

I - Attività libero professionale e liste di attesa

L - Rapporti contrattuali con privati accreditati

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

N - Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Si evidenzia inoltre, come ulteriore misura di regolamentazione amministrativa, l'impegno da parte dell'Azienda nella definizione nel corso del 2022 di molti atti regolamentari su molteplici materie. Sono stati adottati, infatti, con deliberazione del Direttore Generale un totale di 11 Regolamenti, tra cui si segnalano - come esempio per maggior rilevanza - quello per la gestione delle sperimentazioni cliniche profit e no-profit, e quello sulla Libera Professione Intramuraria che aggiorna il precedente.

Tali regolamenti, oltre a sostanziare i documenti interni indispensabili per la disciplina di una data materia, rappresentano nel loro insieme un efficace strumento di comunicazione della *mission* e cultura aziendale, oltre che uno strumento fondamentale sia nella fase di inserimento di nuove risorse all'interno dell'organizzazione aziendale, sia per il coinvolgimento delle risorse già in organico, fornendo una solida base di conoscenza comune e condivisa tra personale, dirigenza e direzione aziendale, anche per orientare l'attività quotidiana di collaboratori e partner.

Adottare tali regolamenti va quindi considerata come una vera e propria misura per rafforzare un'applicazione delle norme nazionali e regionali coerente al contesto aziendale e per ridurre in modo significativo i rischi per l'azienda, a fronte di eventuali danni per violazioni e comportamenti contrari alla disciplina aziendale.

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

I dipendenti sono tenuti a conoscerne i contenuti per cui il documento è reso noto mediante pubblicazione sul sito aziendale e trasmesso per posta elettronica ai Responsabili.

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

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

Ai Dirigenti Responsabili di UOC e UOSD spetta l'obbligo di presentare annualmente una relazione dettagliata sullo stato di attuazione della prevenzione della corruzione. Per l'anno 2022 non sono stati evidenziati eventi corruttivi o anche solo comportamenti di mala gestione.

Sulla base della Determinazione ANAC n. 358 del 29/03/2017 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ed a seguito delle nuove linee guida approvate con delibera n. 177 del 19/02/2020, considerato inoltre l'art. 4 del DL n. 36 del 30/04/2022, in data 16/12/2022 con deliberazione del Direttore Generale n. 2358, è stato adottato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda ULSS 7 Pedemontana.

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

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

La legge n. 190/2012 chiarisce che la violazione dei doveri previsti dal Codice generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e dal Codice aziendale è fonte di responsabilità disciplinare, fermi restando i casi in cui la violazione dia luogo anche a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

A tal proposito, l'Azienda ha adottato con delibera n. 2 del 07/01/2021 il nuovo *regolamento per i procedimenti disciplinari* a carico del personale del Comparto Sanità e con delibera n. 3 del 07/01/2021 il nuovo regolamento per i procedimenti disciplinari a carico della Dirigenza.

Si dà atto che finora non si sono verificati reati né fenomeni corruttivi in alcuna area della Azienda ULSS 7, tuttavia al loro eventuale accadere è prevista la rotazione obbligatoria (art. 16 comma 1 lett. I quater del D.Lgs. 165/2001), ossia che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Sono pertanto in fase di adozione dei *Piani della Rotazione del Personale* per alcune strutture, al fine di delineare le modalità di attuazione di questa misura di prevenzione della corruzione.

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

Nel sito Internet aziendale, sezione "Altri contenuti / Prevenzione della Corruzione" all'interno della sezione "amministrazione trasparente", sono indicate le modalità tramite cui i dipendenti possono effettuare segnalazioni aventi ad oggetto comportamenti, rischi, reati o irregolarità consumati o tentati a danno dell'interesse pubblico. Le

segnalazioni possono essere fatte a “resp.anticorruzione@aulss7.veneto.it”. Sono messi a disposizione il modulo ed il recapito per le segnalazioni all’interno della sezione.

Nella sezione Trasparenza, è disponibile il collegamento con la piattaforma “WhistleblowingPA”, in open source, per l’acquisizione e la gestione delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti a garanzia della tutela dell’anonimato.

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

La formazione riveste un’importanza cruciale nell’ambito della prevenzione della corruzione e buona parte del conseguimento degli obiettivi delle strategie di prevenzione si correla alle azioni formative e pertanto nel Piano Formativo 2023 è stata preista la formazione sul tema.

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

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

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

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

Nello specifico gli obiettivi per l’anno 2023 saranno assegnati nelle schede di budget alle UOC interessate.

Obiettivi per l’anno 2023

Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
ADEMPIMENTI NORMATIVI			
Programmazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Predisposizione del PIAO (che ha assorbito il Piano Triennale Prevenzione Corruzione)	scadenza il 31/01/2023	Direzione Strategica RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifiche semestrali azioni previste nel PTPC	Relazione 1° semestre entro il 31 luglio 2023 e relazione annuale entro il 31 gennaio 2024	RPCT
Rendicontazione attività in tema di prevenzione della Corruzione	Verifica annuale su format fornito da ANAC	Relazione su formato fornito da ANAC nel rispetto della scadenza del 15/01/2023	RPCT
Monitoraggio adempimenti trasparenza	Certificazione OIV del rispetto degli obblighi di pubblicazione relativi all’anno 2022	Rispetto dei termini indicati da ANAC	RPCT
Trasparenza nella gestione degli accessi civici	Tenuta del registro degli accessi civici con pubblicazione periodica	Aggiornamento trimestrale del registro e relativa pubblicazione in Amministrazione Trasparente	Affari Generali

MISURE GENERALI E SPECIFICHE AZIENDALI (collegate con Performance)			
Obiettivo strategico	obiettivo operativo	Indicatori	Responsabile
Adempimenti relativi alle pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	Monitoraggio trimestrale degli obblighi di pubblicazione con invio ai responsabili e ai referenti operativi individuati	4 report di sintesi trimestrali + mail di monitoraggio ai responsabili	RPCT Dirigenti individuati ad hoc
	Rispetto dell'obiettivo E.4. della DGR 1702 del 30.12.2022 "Efficientamento dei processi amministrativi"	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza (ind. E.4.S.7)	RPCT
Rafforzare le competenze del personale	Realizzazione di attività formative in tema di prevenzione della corruzione	Organizzazione di un evento formativo	RPCT Formazione
Mappatura dei processi	Monitoraggio azioni per il contenimento dei rischi	Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori per i 37 processi mappati con Gzoom	RPCT Internal Audit
Attività di Audit nell'ambito dei rischi corruttivi	Individuazione delle misure di contrasto già in atto ed eventuali azioni di miglioramento	n. 2 Audit ai processi, come individuati nel Piano di Audit 2023-2025	RPCT Internal Audit

2.3.2 Trasparenza

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

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

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

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

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

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

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

Tra gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi che la Regione ha assegnato alle Aziende Sanitarie con DGR 1702/2022, viene data *rilevanza agli obiettivi di trasparenza*, finalizzati a rendere i *dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione* per il cittadino, con particolare riferimento ai *dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale*, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3. La trasparenza implica che tutti i dati oggetto di pubblicazione debbano essere resi pubblici in *formato di tipo aperto* ai sensi dell'art. 68 del *Codice dell'Amministrazione Digitale* e debbano essere riutilizzabili (con l'obbligo di citarne la fonte e di rispettarne l'integrità - art. 7, D.Lgs. n. 33/2013). Non è, infatti, sufficiente la pubblicazione di documenti, informazioni e dati perché si realizzino obiettivi di trasparenza. *Tutti i cittadini e gli stakeholder debbono poter accedere in modo agevole alle informazioni e comprenderne il contenuto.*

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

La Commissione Europea, col GDPR, ha voluto consolidare la protezione dei dati personali dei cittadini dell'Unione Europea su un nuovo principio di "responsabilizzazione" detto accountability, tuttavia, senza dare una regola certa per definirne il significato. Per tale motivo, nella disposizione di legge italiana, è stato inserito il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), figura obbligatoria nella P.A da cui è nominato. È evidente che per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT.

2.3.3 Monitoraggio misure di prevenzione della corruzione e diffusione del PTPCT

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

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

L'Azienda si è dotata di un software che permette di gestire in autonomia, da parte degli uffici interessati, la pubblicazione dei dati direttamente nella sezione Amministrazione Trasparente attraverso delle abilitazioni, con attivazione di relativi alert in caso di mancata pubblicazione. Tramite questo sistema è possibile inoltre effettuare

un maggior controllo sulla puntualità della pubblicazione dei dati richiesti dal D.Lgs. 33/2013 (D.Lgs. 97/2016) anche da parte del Responsabile della Trasparenza.

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

Infine, in relazione all'istituto dell'accesso civico, per monitorare la tempistica di ciascuna richiesta, l'Azienda ha predisposto il registro degli accessi civici, anch'esso pubblicato sul sito istituzionale <http://www.aulss7.veneto.it> alla sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti"/"Registro degli accessi". Con provvedimento n. 760 del 29.06.2018 del Direttore Generale è stato Approvato il Regolamento sul diritto di accesso documentale e sul diritto di accesso civico (semplice e generalizzato) dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana.

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

A corollario del principio dell'accessibilità delle informazioni, e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sezione della Trasparenza, è particolarmente rilevante da parte dell'Azienda raccogliere feedback dai cittadini e dagli stakeholder sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate. È importante strutturare azioni a supporto della partecipazione dei portatori di interesse, anche attraverso l'implementazione di strumenti interattivi in modo che gli stakeholder possano restituire con immediatezza un feedback sull'operato svolto.

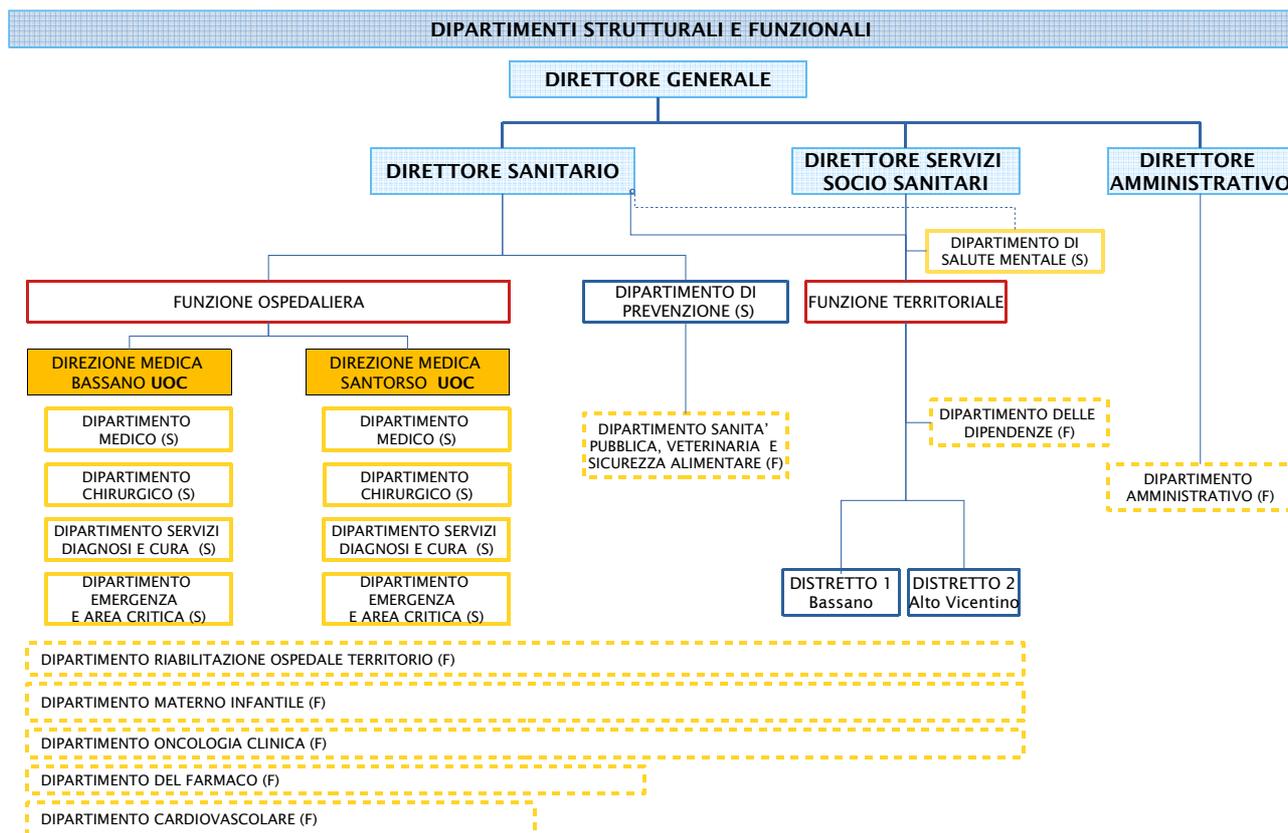
3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana è organizzata secondo il *modello* definito ed adottato con l'*Atto aziendale* vigente (deliberazione del Commissario n. 1429 del 28/10/2020)

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

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



Mentre per tutti gli organigrammi in dettaglio si rinvia all’Atto Aziendale citato, qui si vuole evidenziare la necessità di realizzare gli interventi ed azioni programmate per rendere l’organizzazione più integrata e funzionale al raggiungimento degli obiettivi strategici, ossia di implementare le modifiche proposte all’Atto aziendale (deliberazione D.G. n. 2401 del 31/12/2021) in attesa di approvazione regionale.

Tali modifiche vanno in un’ottica di *riorganizzazione di tipo dipartimentale*, tale da favorire l’integrazione tra le strutture ospedaliere dei diversi presidi e tra l’Ospedale e i molteplici Servizi Territoriali, nonché l’omogeneizzazione dei 2 Distretti. Inoltre, il nuovo modello organizzativo sarà in grado di garantire risposte unitarie maggiormente flessibili, tempestive e razionali, con una più efficiente ed efficace condivisione delle risorse.

3.2 Organizzazione del lavoro agile

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

Si fa riferimento, pertanto, al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene riassorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione 2023-2025.

L’istituto del lavoro agile era stato attivato per la prima volta in azienda con deliberazione n. 339 dell’11 marzo 2020. Con tale provvedimento era stato adottato il Regolamento aziendale che aveva recepito le norme nazionali allora vigenti, ivi comprese tutte le misure incentivanti e semplificate, attuate in ragione dell’emergenza pandemica. In seguito, conformemente al Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021, con deliberazione n. 2186 del 17/12/2021, è stato adottato il nuovo e vigente *Regolamento aziendale sul lavoro agile (smart working)*.

Si riporta di seguito una rappresentazione sintetica del livello di attuazione del lavoro agile nel periodo 2020-2022 comprendente tutte le azioni che sono state intraprese.

Tale livello ha costituito la base di partenza (*baseline*) per la programmazione delle azioni e dei target per il periodo di riferimento del Piano Organizzativo.

LA DIMENSIONE DEL LAVORO AGILE (dimensioni)	2020 (COVID)	2021 (COVID)	2022
<i>N° dipendenti totali</i>	4.051	4.143	4.147
<i>N° dipendenti che possono svolgere lavoro da remoto</i>	380	439	439
<i>N° lavoratori agili nel corso dell'anno</i>	274	189	46
<i>N° lavoratori agili al 31 dicembre</i>	169	141	29
<i>N° giornate in lavoro agile svolte in media a settimana per dipendente</i>	2	2	2

IL PROFILO DEI DESTINATARI (dimensioni)	2019 (PRE-COVID)*	2021 (COVID)	2022
<i>N° dipendenti agili donne</i>	150	152	36
<i>N° dipendenti agili over 60</i>	1	31	5

**i dati relativi all'anno 2020 non sono rappresentati in tabella poiché riferiti al periodo emergenziale, durante il quale l'istituto del lavoro agile è stato utilizzato prevalentemente per necessità legate alla pandemia e non sono pertanto confrontabili con l'anno precedente né con il successivo*

FORMAZIONE SU TEMI COLLEGATI A LAVORO AGILE	2020 (COVID)	2021 (COVID)	2022
<i>N° corsi attivati</i>	2	0	0
<i>Giornate totali di formazione</i>	2	0	0
<i>N° destinatari</i>	4	0	0
TECNOLOGIA	2020 (COVID)	2021 (COVID)	2022
<i>N° di dispositivi (PC) messi a disposizione per lavoro agile</i>	160	163	34
<i>N° di dispositivi (modem) messi a disposizione per lavoro agile</i>	54	54	6
<i>N° di dispositivi (cellulare) messi a disposizione per lavoro agile</i>	21	21	1
<i>N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri(PC)</i>	148	26	12
<i>N° dipendenti agili che hanno lavorato con dispositivi propri (cellulare - modem)</i>	233	139	12

3.2.1 Modalità attuative

La deliberazione n. 339 dell'11/03/2020 di adozione del Regolamento aziendale sul lavoro agile si era conformata al decreto legge 2 marzo 2020, n. 9, recante "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", prevedendo quale durata iniziale dell'accordo individuale il periodo massimo di un mese, salvo eventuale proroga fino al termine dello stato di emergenza.

In attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 8/10/2021 che disponeva il superamento dell'utilizzo del lavoro agile emergenziale e il conseguente svolgimento della prestazione lavorativa nella sede di servizio, con nota aziendale prot. n. 85541 del 14/10/2021, sono state fornite ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative, specifiche indicazioni per il rientro in presenza del personale dipendente. La stessa nota rinviava all'adozione di uno specifico nuovo regolamento l'autorizzazione all'accesso al lavoro agile dopo la data del 30 ottobre 2021 e forniva le istruzioni per l'adozione delle misure organizzative necessarie alla piena attuazione di quanto disposto dal Decreto, prevedendo da subito il rientro in servizio del personale preposto alle attività di sportello e di erogazione diretta di servizi all'utenza.

Il nuovo regolamento è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2186 del 17/12/2021, in conformità con quanto previsto dal Decreto Ministeriale 8 ottobre 2021, prevedendo:

- a) lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve in alcun modo pregiudicare o ridurre la fruizione dei servizi a favore degli utenti;
- b) l'amministrazione deve garantire un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile, dovendo essere prevalente, per ciascun lavoratore, l'esecuzione della prestazione in presenza;
- c) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di dotarsi di una piattaforma digitale o di un cloud o comunque di strumenti tecnologici idonei a garantire la più assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni che vengono trattate dal lavoratore nello svolgimento della prestazione in modalità agile;
- d) l'amministrazione deve aver previsto un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove sia stato accumulato;
- e) l'amministrazione mette in atto ogni adempimento al fine di fornire al personale dipendente apparati digitali e tecnologici adeguati alla prestazione di lavoro richiesta;
- f) l'accordo individuale di cui all'art. 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, deve definire almeno:
 - a. gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile;
 - b. le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione e della disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro, nonché eventuali fasce di contattabilità;
 - c. le modalità e i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in modalità agile;
- g) le amministrazioni assicurano il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi;
- h) le amministrazioni prevedono, ove le misure di carattere sanitario lo richiedano, la rotazione del personale impiegato in presenza.

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

3.2.2 Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

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

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

La *strumentazione per lo svolgimento del lavoro agile* che può essere fornita al lavoratore è la seguente: PC portatile configurato per accesso alle procedure applicative e alle cartelle condivise in uso e autorizzate; Modem PC con scheda SIM dati da 20GB per la connessione alla rete aziendale. A fronte dell'eventuale indisponibilità o insufficienza di dotazione informatica da parte dell'Amministrazione, l'attivazione del lavoro agile è subordinato alla disponibilità

da parte del dipendente di utilizzare i propri dispositivi, con garanzia di adeguati livelli di sicurezza e protezione della rete secondo le esigenze e modalità definite dalla U.O.S.D. Sistemi Informativi.

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

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

3.2.3 Programma di sviluppo del lavoro agile

Per il triennio 2023-2025 l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, consolidato il patrimonio di esperienza maturato sul campo durante tutto il periodo emergenziale e sviluppate le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa e della digitalizzazione dei processi, intende proseguire lo sviluppo dello strumento del lavoro agile, rendendolo sempre più uno strumento volto a migliorare la qualità della vita e del lavoro dei soggetti interessati.

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

DIMENSIONI	OBIETTIVI/ INDICATORI	STATO 2020 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FASE SVILUPPO AVANZATO Target 2025
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA						
	Coordinamento organizzativo Lavoro Agile	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Monitoraggio Lavoro Agile	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Help desk Informativo dedicato	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Programmazione per obiettivi/progetti/processi	presente	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	n. Pc per lavoro agile	160	163	34	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	% lavoratori agili dotati di dispositivi traffico dati	31,95	38,30	15,22	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	Sistema VPN	presente	presente	presente	presente	presente	presente
	Intranet	presente	presente	presente	presente	presente	presente
	% Applicativi consultabili in lavoro agile	100	100	100	100	100	100
	% Banche dati consultabili in lavoro agile	100	100	100	100	100	100
% firma digitale fra lavoratori agili	100	100	100	100	100	100	
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITA'						
	% lavoratori agili effettivi	72,10	43,05	10,47	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	% giornate lavoro agile	2	2	mantenimento	mantenimento	mantenimento	mantenimento
	QUALITA'						
	livello soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti /posizioni organizzative e dipendenti	non rilevato	non rilevato	non rilevato	rilevazione livello 2022	incremento livello 2023 rispetto al 2022	incremento livello 2024 rispetto al 2023

In data 2 novembre 2022 è stato firmato il nuovo CCNL relativo al personale del Comparto Sanità per il triennio 2019-2021, che conferma il lavoro agile come una delle modalità di effettuazione della prestazione lavorativa, ne

regolamenta l'accesso, prevede la sottoscrizione di un accordo individuale tra il lavoratore e il datore di lavoro nel quale vengono indicate le modalità e i tempi di svolgimento, gli obiettivi e le modalità di controllo dell'attività svolta in modalità agile. Il nuovo CCNL regola l'articolazione della prestazione lavorativa e il diritto alla disconnessione e prevede specifiche iniziative formative. Inoltre, introduce il lavoro da remoto come alternativa al lavoro agile vero e proprio nelle forme del telelavoro domiciliare o di altre forme di lavoro a distanza come il coworking o il lavoro decentrato da centri satellite.

Per quanto non già disposto con il regolamento in essere, l'azienda provvederà agli adeguamenti derivanti dalle disposizioni del CCNL in vigore.

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

L'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con deliberazione n. 2237 del 30/11/2022 ha adottato in via di proposta il nuovo piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025, modificato con nota prot. 2244 del 10/01/2023 e successivamente approvato con nota del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale prot. 32337 del 18/01/2023.

3.3.1 Politiche del personale e copertura dei fabbisogni

In coerenza con le politiche di sviluppo introdotte nel corso dell'anno 2021 nell'Azienda U.L.SS. n. 7 Pedemontana dall'attuale direzione strategica, l'andamento delle assunzioni ha mantenuto un bilancio positivo rispetto alle cessazioni intervenute.

Nonostante si confermino le difficoltà generalizzate che caratterizzano l'assunzione di molte specialità mediche (ma anche di alcuni profili del comparto sanitario), le assunzioni di nuovo personale hanno apportato nuove competenze e approcci moderni e innovativi che hanno generato un arricchimento in termini di interscambio con il personale già da tempo strutturato.

La trasmissione reciproca di competenze genera infatti un flusso virtuoso di informazioni e *best practices* che si ripercuote positivamente nelle procedure e protocolli già consolidati.

In tal senso risulta ulteriormente arricchito il processo di fusione delle due ex-aziende, nell'ambito del quale la Direzione strategica ha inteso garantire quanto più possibile un'equilibrata distribuzione delle risorse tra i due distretti aziendali, non solo per mezzo di nuove assunzioni, ma anche favorendo i processi di mobilità interna, così da rinnovare le dotazioni organiche con personale in possesso di esperienze maturate in realtà diverse, che implicano conoscenze e consapevolezze arricchenti in termini di idee e contenuti.

Gli effetti della pandemia da Covid-19 hanno inevitabilmente prodotto riverberi in materia di personale anche in ambito sanitario. Il convegno *Great resignation in sanità* a cura di Fondazione Scuola di Sanità Pubblica ha messo in evidenza come i giovani sanitari preferiscano rinunciare ad una carriera all'interno del SSN per privilegiare scelte professionali che consentano un trattamento economico più vantaggioso e un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata.

È innegabile infatti come il grande sacrificio richiesto ai professionisti della sanità pubblica negli ultimi anni abbia determinato, oltre alla fisiologica stanchezza di chi già vi opera, anche una forma di resistenza all'ingresso da parte di chi vi si appropria.

Resta tuttavia la percezione del grande valore di questo lavoro al servizio della collettività che genera anche un motivato e orgoglioso senso di appartenenza. Su quest'ultimo valore è necessario fare leva, anche in termini di formazione del personale

Nonostante le politiche della direzione strategica siano rivolte a creare i presupposti per migliorare l'attrattività dell'azienda, sia in termini di incremento delle risorse umane, sia sul piano della formazione motivazionale del personale, per arginare la situazione nel breve periodo e garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), si è reso necessario ricorrere alla stipula di contratti libero professionali ai sensi dell'art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001, anche con professionisti pensionati della pubblica amministrazione, rilevando che il contributo dato dall'incremento dei professionisti impegnati nella Specialistica Ambulatoriale Interna è stato poco significativo.

La scelta è stata pressoché obbligata e, nell'auspicio che le contingenze che la determinano possano quanto prima esaurirsi positivamente, anche per effetto delle politiche di gestione sopra esposte, la pianificazione di questa Azienda prevede, in armonia con le disposizioni regionali, una progressiva riduzione dei contratti libero professionali, con contestuale integrazione di personale dipendente tale da coprire il fabbisogno.

Il fabbisogno di personale è stato aggiornato con il previsto incremento di personale, reso necessario al fine di dare completa attuazione all'Atto Aziendale e alle istanze provenienti dal territorio, che denuncia un incremento di casistiche cliniche conseguenti gli effetti della pandemia da Covid 19.

Il contesto sinora descritto comporta come conseguenza immediata la necessità di implementare gli organici definiti per l'anno 2021. Ci si attende comunque che il numero di assunzioni effettivamente concretizzabili rispecchierà l'andamento degli ultimi anni, caratterizzato dalla cronica carenza di professionisti già esposta.

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023

Azienda 507 - Pedemontana

Macroprofil	Ruolo	Dipendenti FTE ANNUI	Non Dipendenti ¹ FTE ANNUI	DIPENDENTI				NON DIPENDENTI							
				Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale ²	Costo Prestazioni Aggiuntive	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento	Costo Personale Universitario	Costo SAI	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Somministrazione	Costo Consulenze ex art. 58 e 62 comma 2 del CCNL 08.06.2000	Costo Incarichi Articolo 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale ³	Altre Tipologie
				€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	N	M	O	P		
		672,00	122,84	€ 55.544.646,73	€ -	€ 1.224.284,23	€ 198.842,00	€ -	€ 4.550.654,40	€ 2.001.958,38	€ -	€ 419.775,93	€ 1.793.748,74	€ -	€ 3.174.870,50
		28,00	0,29	€ 2.689.604,44	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ -	€ 377.898,14	€ -	€ -
		68,00	17,73	€ 4.586.273,26	€ 65.295,83	€ -	€ -	€ -	€ 656.691,91	€ -	€ -	€ 49.610,55	€ 17.168,91	€ -	€ -
	PTA	24,00	1,30	€ 1.999.537,93	€ 41.393,01	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 51.062,35	€ 14.000,00	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE	792,00	142,17	€ 64.820.062,37	€ 106.688,84	€ 1.224.284,23	€ 198.842,00	€ -	€ 5.207.346,31	€ 2.031.958,38	€ -	€ 469.386,48	€ 2.239.878,14	€ 14.000,00	€ 3.174.870,50
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	1.778,00	17,98	€ 70.097.639,98	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 578.251,13	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	187,00	2,90	€ 6.849.868,70	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 117.820,19	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	204,00	0,35	€ 6.252.435,66	€ 875.466,18	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	103,00	0,87	€ 3.184.900,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.488,40	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	12,00	0,00	€ 411.296,29	€ 34.985,91	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS/OTAA	T	679,00	0,00	€ 18.326.769,27	€ 1.083.681,53	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	T	260,00	0,67	€ 7.674.508,12	€ 463.187,13	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 27.173,97	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	455,00	0,00	€ 12.660.576,84	€ 319.630,59	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO	3.678,00	22,77	€ 125.457.995,00	€ 2.776.951,34	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 17.000,00	€ -	€ -	€ 750.733,68	€ -	€ -
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE	4.470,00	164,94	€ 190.278.057,37	€ 2.883.640,18	€ 1.224.284,23	€ 198.842,00	€ -	€ 5.207.346,31	€ 2.048.958,38	€ -	€ 469.386,48	€ 2.990.611,82	€ 14.000,00	€ 3.174.870,50

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

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

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

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

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

3.3.2 Formazione del personale

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

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

Il PFA prevede tematiche di rilevanza strategica relativi alla formazione sui temi della sicurezza, gestione dello stress e benessere lavorativo, prevenzione della corruzione, obiettivi regionali e/o nazionali e corsi di sviluppo professionale richiesti dalle strutture dedicati a specifiche tematiche.

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

Il Piano Formativo Aziendale per l’anno 2023 è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 2390 del 20/12/2022. La spesa prevista per la realizzazione del PFA ammonta ad € 326.665, suddivisa negli ambiti di formazione come riportato in tabella di seguito:

PIANO FORMATIVO AZIENDALE 2023			
AMBITI FORMAZIONE	N. CORSI	N. EDIZIONI	SPESA PREVISTA
SICUREZZA T.U. 81	17	103	146.657,46
STRATEGICA AZIENDALE	37	151	82.708,06
TERRITORIO	13	20	9.486,30
OSPEDALE	54	124	73.383,16
ALTRE STRUTTURE	35	40	14.430,00
TOTALI	156	438	326.665,00

4. MONITORAGGIO

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

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

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

Per quanto riguarda i Rischi corruttivi e trasparenza, il monitoraggio avviene secondo le indicazioni di ANAC e secondo quanto previsto nel paragrafo 2.3.3; per la sezione Organizzazione e capitale umano, il monitoraggio della

coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) di cui all'art.14 del D.Lgs. 150/2009.

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

A partire dall'anno in corso verranno inoltre attivate indagini di qualità percepita che consentiranno di monitorare il punto di vista degli utenti. Tali attività, sviluppate con il coordinamento regionale e il supporto metodologico del laboratorio Mes della Scuola Sant'Anna di Pisa, riguarderanno i pazienti ricoverati (indagine PREMs), con un questionario che ripercorrendo la loro esperienza di ricovero permetterà di valorizzare i punti di forza e focalizzare le aree di miglioramento, e i pazienti cronici (Indagine PARIS) per i quali il questionario sull'esperienza verrà affiancato da questionari compilati dai medici di medicina generale.

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

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

5. ELENCO ALLEGATI

Allegato 1 - *Obiettivi di salute e funzionamento assegnati dalla Regione con DGR 1702 del 30.12.2022*

Allegato 2 - *Elenco referenti obblighi di pubblicazione*

Allegato 3 - *Piano anticorruzione 2023-2025*