



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2024-2026

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

L'Azienda al tuo fianco

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUZIONE | 3 |
| SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE | 4 |
| PREMESSA..... | 4 |
| IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE..... | 5 |
| L'ASSISTENZA OSPEDALIERA | 10 |
| L'ASSISTENZA SPECIALISTICA..... | 15 |
| L'ASSISTENZA DISTRETTUALE | 17 |
| L'ASSISTENZA PRIMARIA | 21 |
| IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE | 22 |
| VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 24 |
| VISION E MISSION AZIENDALE | 25 |
| PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE | 25 |
| PERFORMANCE | 31 |
| <i>Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse.....</i> | <i>32</i> |
| <i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</i> | <i>35</i> |
| RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA..... | 39 |
| <i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda.....</i> | <i>39</i> |
| <i>La gestione dei rischi di corruzione</i> | <i>44</i> |
| <i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione.....</i> | <i>53</i> |
| <i>La trasparenza</i> | <i>66</i> |
| <i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza</i> | <i>69</i> |
| <i>Rendicontazione e diffusione</i> | <i>69</i> |
| ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... | 72 |
| STRUTTURA ORGANIZZATIVA..... | 74 |
| ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE..... | 75 |
| PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE..... | 80 |
| PIANO FORMATIVO AZIENDALE | 89 |
| MONITORAGGIO | 90 |
| ELENCO DEGLI ALLEGATI | 94 |
| ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI | 94 |
| ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI | 94 |
| ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE..... | 94 |
| ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI | 94 |

INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

anche quest'anno la nostra Azienda ha predisposto il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO), ai sensi dell'art. 6 del Decreto Legge 9.6.2021, n. 80, quale documento unico di programmazione e *governance*, che assorbe molti dei Piani che le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre precedentemente.

Questo in un'ottica di concreta semplificazione e integrazione degli strumenti di programmazione dell'attività aziendale, al fine di ottenere la piena efficienza, efficacia, produttività e misurazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. Si tratta di uno strumento dotato, da un lato, di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di forte valore comunicativo, attraverso il quale condividere con la collettività obiettivi, azioni e risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

L'Azienda, cogliendo l'occasione per revisionare le proprie attività in una logica di costante e progressiva semplificazione delle procedure, di reingegnerizzazione dei processi e di integrazione della programmazione e del monitoraggio degli stessi, ha definito gli impegni per il prossimo triennio in modo chiaro, misurabile e trasparente, al fine di dare concretezza alla *mission* aziendale, che consiste nel raggiungimento del più alto livello possibile di salute, intesa come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse per la collettività.

L'Azienda al tuo fianco vuole ribadire l'attenzione e l'impegno quotidiano nell'attuazione delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura della salute umana e animale, nel delicato momento storico in cui ci troviamo a vivere, di transizione dal periodo dell'emergenza epidemiologica al rientro alla piena normalità. In tale contesto, non può non assumere rilevanza centrale una pianificazione degli obiettivi, delle risorse e della prevenzione dei rischi dinamica e flessibile, capace di guidare le attività sanitarie e socio-sanitarie in maniera concreta ed efficace, adattandosi, al contempo, alle nuove sfide che sempre più frequentemente l'Azienda si troverà a fronteggiare.

Francesco Benazzi

Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

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

Premessa

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

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

| SCHEDA ANAGRAFICA | |
|------------------------------|---|
| Sede legale: | Via S. Ambrogio di Fiera n.37 - Treviso |
| Codice Fiscale: | 03084880263 |
| Data di costituzione: | 25 ottobre 2016 |
| PEC: | protocollo.aulss2@pecveneto.it |
| Sito Web: | www.aulss2.veneto.it |
| Direttore Generale: | Benazzi Francesco |

DENSITÀ ABITATIVA

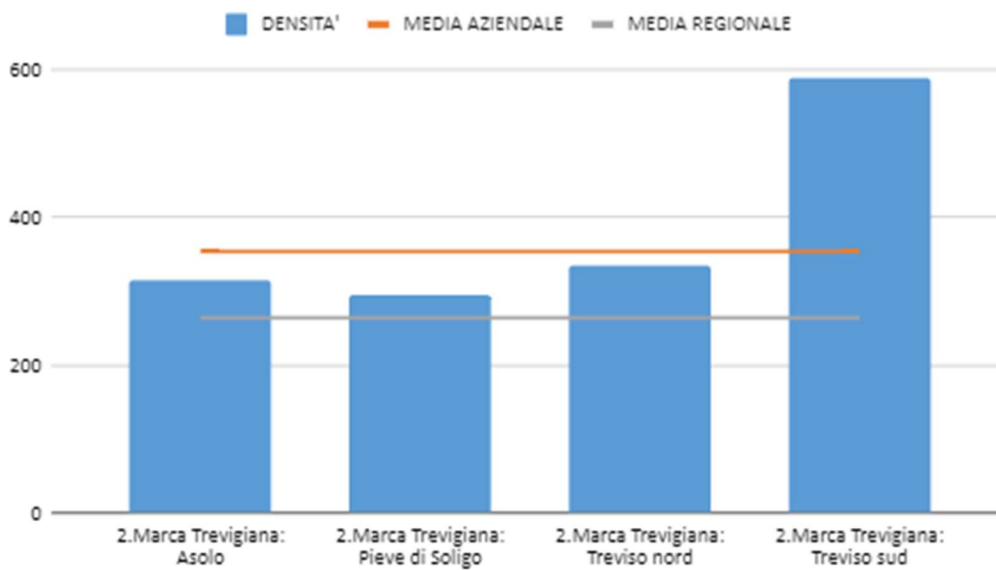


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (588 abitanti per km²) ampiamente sopra la densità media regionale (263 abitanti per km²). Ulteriori indicatori utilizzati per mappare e definire statisticamente la popolazione sono gli indici di vecchiaia e gli indici di natalità.

INDICE DI VECCHIAIA

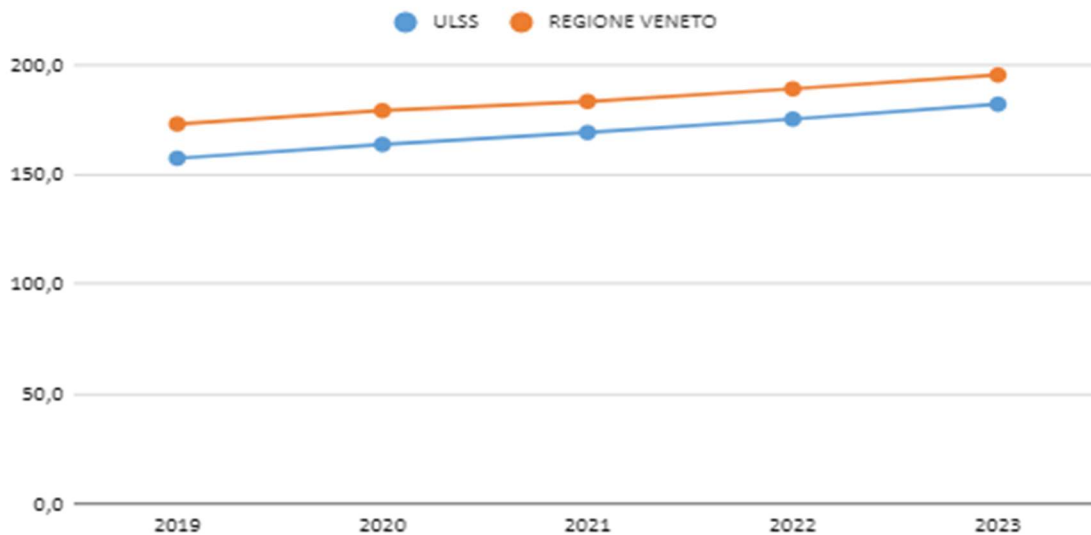


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

INDICE DI NATALITÀ

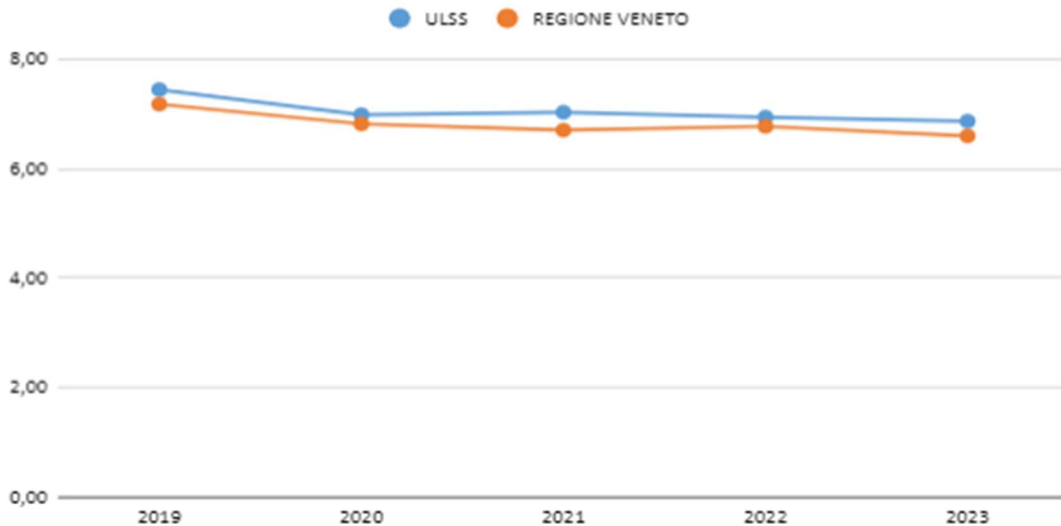


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

Come si evidenzia nel Grafico 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana presenta un trend in costante crescita, attestandosi però su valori inferiori a quelli regionali. Il dato aziendale è di 182,1 contro una media regionale di poco superiore a 195. Parallelamente all’aumento del numero di anziani si evidenzia un andamento decrescente della natalità (il rapporto tra i nuovi nati e la popolazione residente) in linea con un trend già evidente a livello nazionale: l’indice nel 2023 si attesta su un valore di 6,9.

In aggiunta, viene riportata la piramide dell’età: da essa emerge come le fasce anagrafiche maggiormente rappresentate per ambo i sessi siano quelle 50-54 e 55-59 anni; unitamente questi individui rappresentano il 16,8% della popolazione residente. Dall’analisi organica di questi dati si deduce come l’indice di vecchiaia tenderà ad aumentare negli anni a venire in contrasto con un trend di denatalità che non sembra invertire.

PIRAMIDE DELL'ETÀ

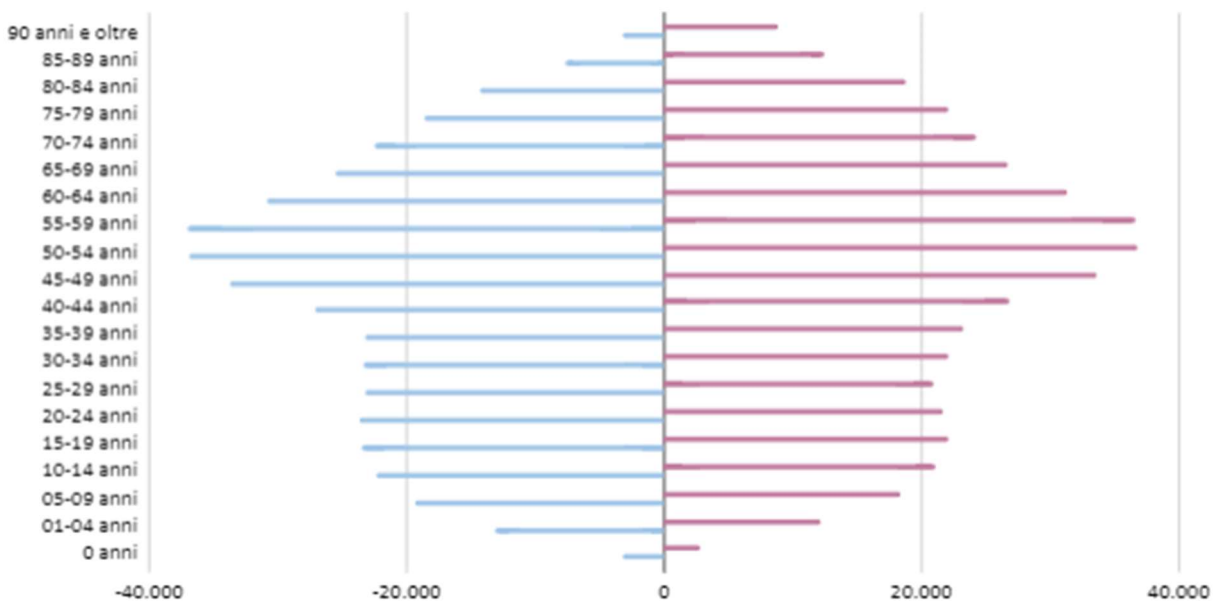


Grafico 1.1.4 Piramide dell’età. Fonte dati: DWH regionale

Ponendo l’attenzione sulla nazionalità e la provenienza della popolazione residente di origine straniera emerge che la macro area maggiormente rappresentata, escludendo il continente europeo, è l’Africa con

circa 9000 residenti di origine marocchina. A livello complessivo d'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana la percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente si attesta all'11,17% a dispetto di una media regionale del 10,54%.

PROVENIENZA DEI RESIDENTI STRANIERI

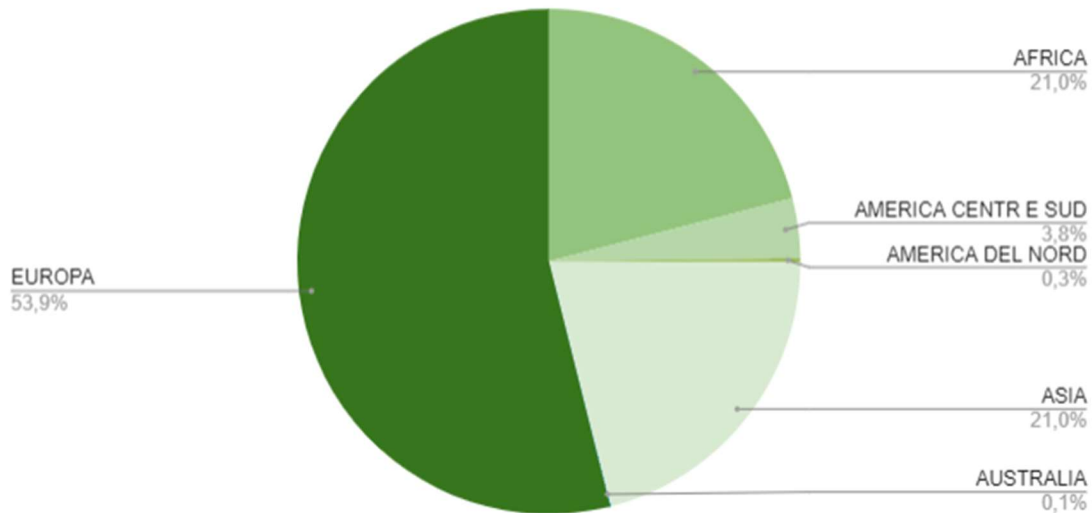


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

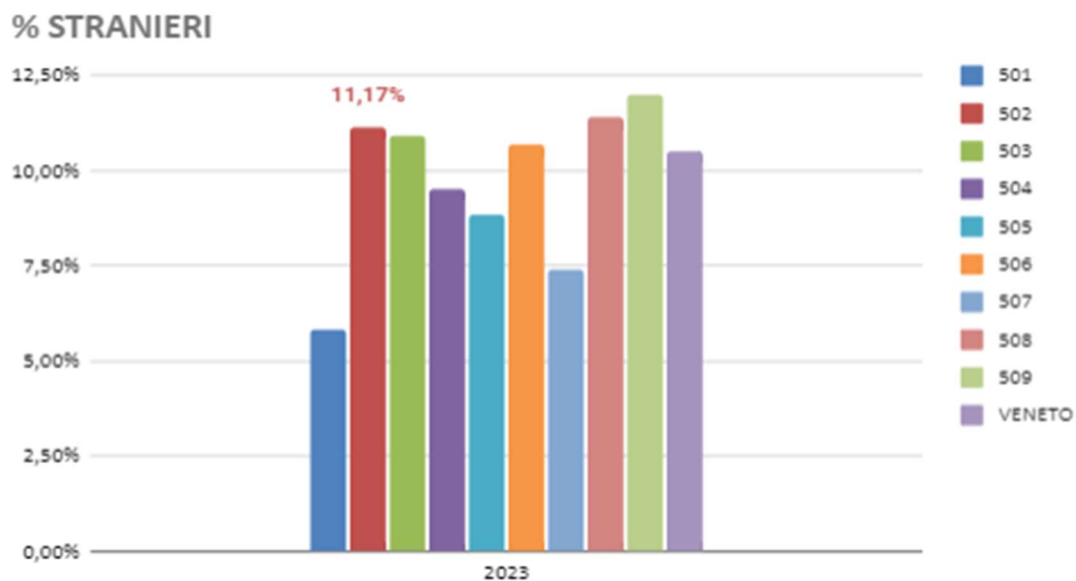


Grafico 1.1.6 Percentuale stranieri per azienda. Fonte dati: DWH regionale

L'allungamento della vita media evidenziato nelle statistiche precedentemente riportate è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità. Dai dati relativi alle 5 patologie per cui si rilascia il più alto numero di esenzioni si conferma che ipertensione e neoplasie sono tra le patologie più frequenti.

ESENZIONI PER PATOLOGIA

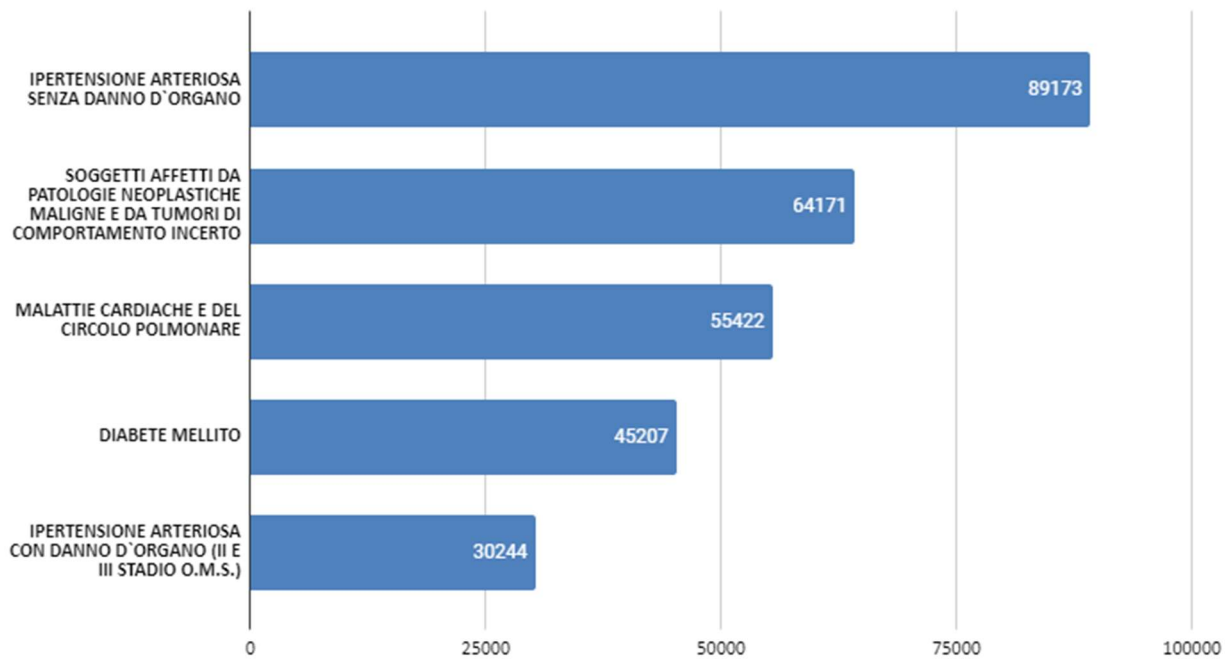


Grafico 1.1.7 Esenzioni per patologia. Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2021, confermano l'incidenza di determinate patologie sulla mortalità dei residenti: i disturbi del sistema circolatorio e le neoplasie rappresentano la principale causa di morte.

PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

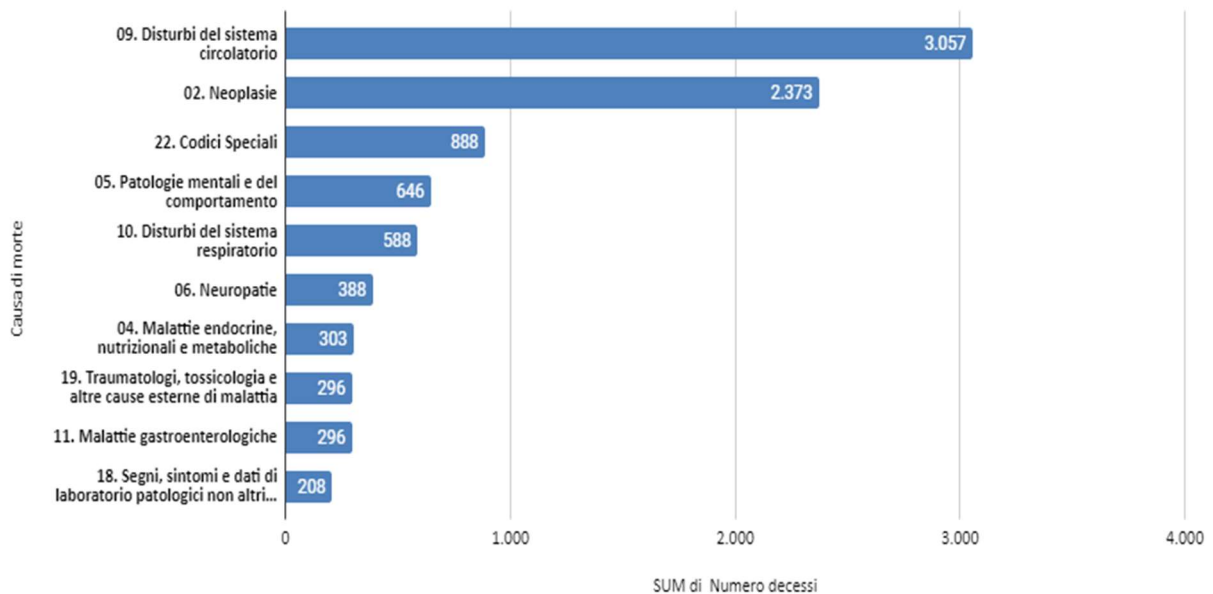


Grafico 1.1.8 Cause di morte. Fonte dati: DWH regionale



Grafico 1.1.9 Cause di morte. Fonte dati: DWH regionale

L'assistenza ospedaliera

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

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, la Giunta Regionale con la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente l'Azienda ha predisposto il proprio piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale, che è stato approvato con la DGRV n. 69 del 21 Gennaio 2020. La tabella che segue riepiloga le strutture ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana.

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

1.2.1 Ricoveri

RICOVERI PER ANNO

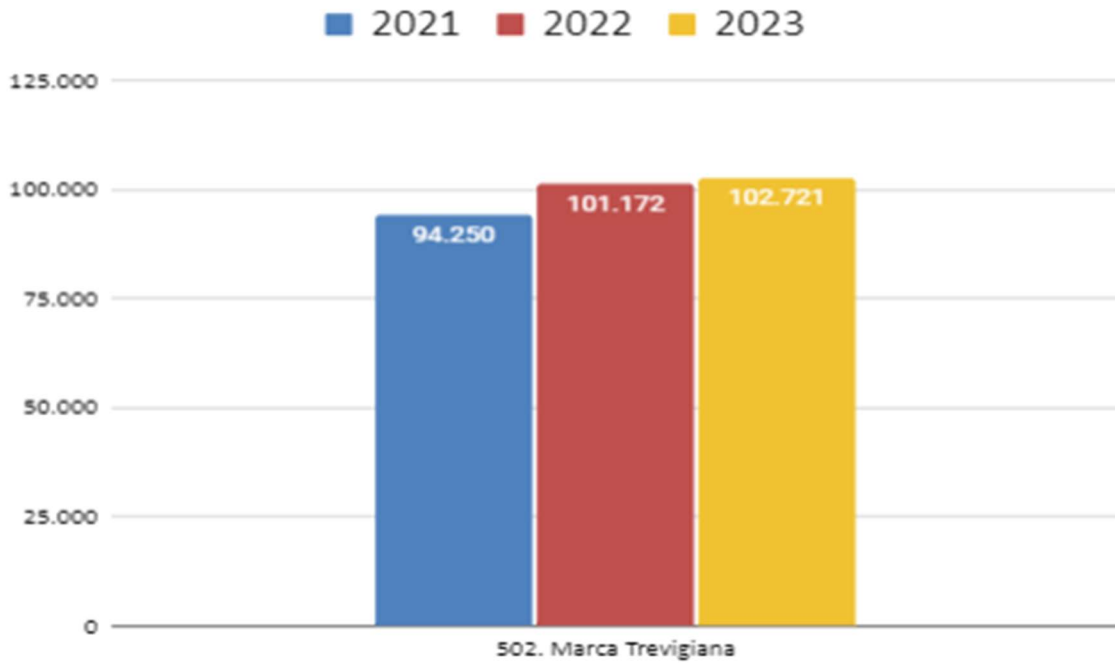


Grafico 1.2.1 Ricoveri per anno. Fonte dati: DWH regionale

RICOVERI PER STRUTTURA

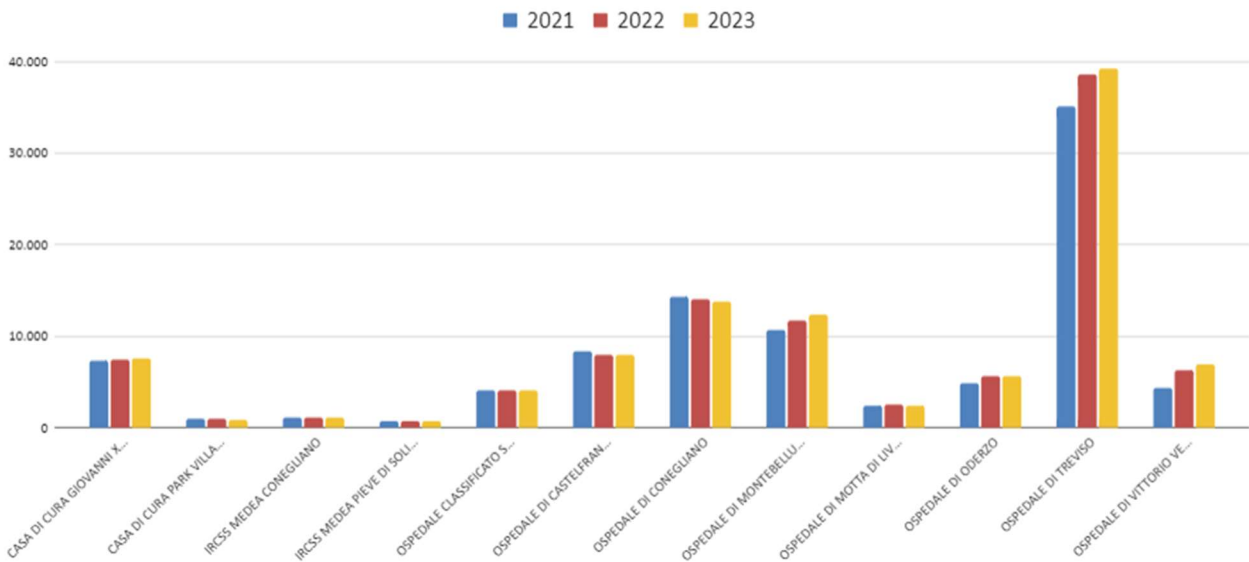


Grafico 1.2.2 Ricoveri per struttura. Fonte dati: DWH regionale

RICOVERO PER TIPOLOGIA STRUTTURA

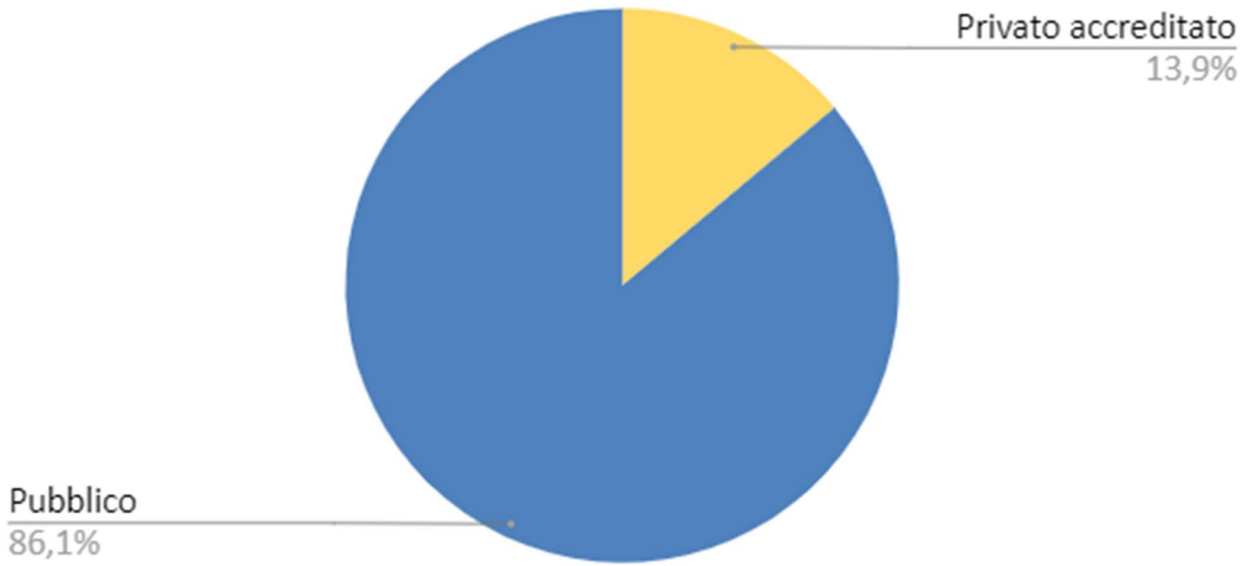


Grafico 1.2.3 Ricoveri per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

RICOVERI PER AREA SPECIALISTICA 2023

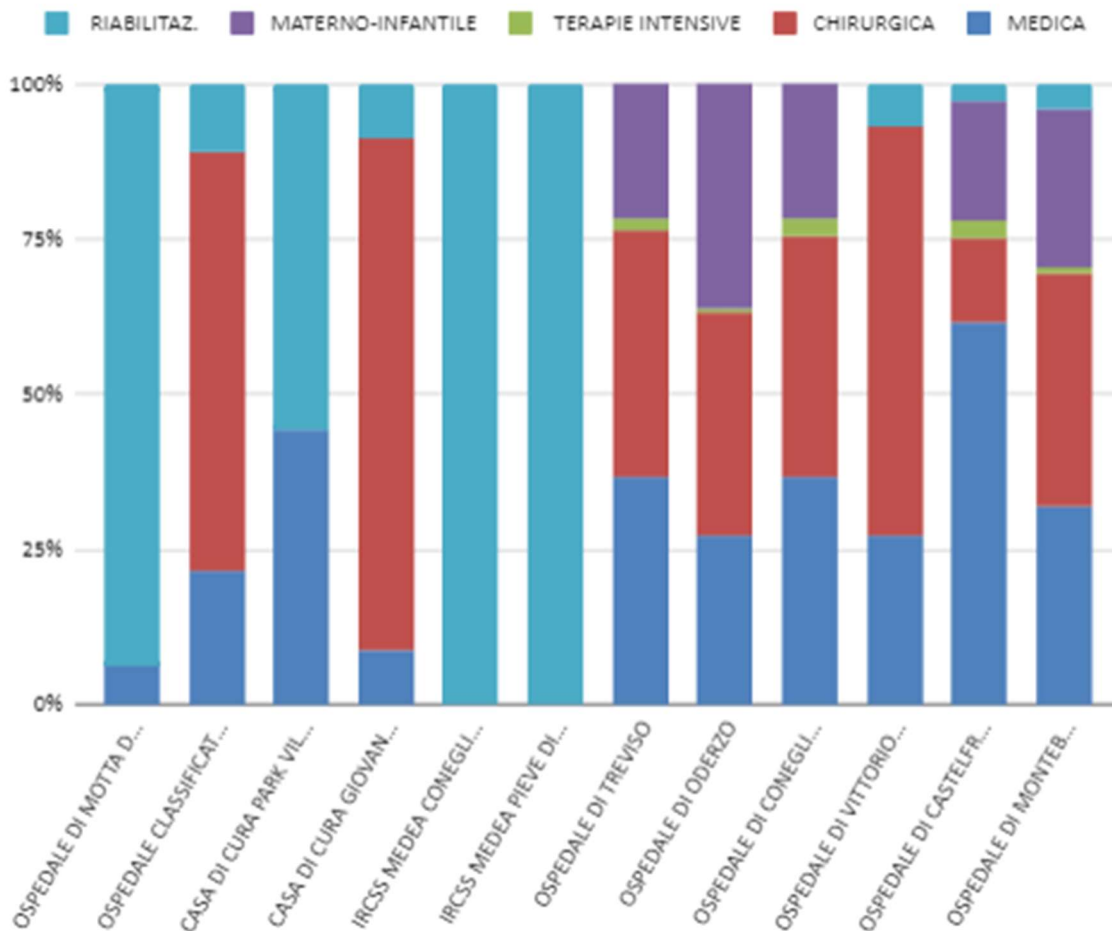


Grafico 1.2.4 Ricoveri per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

L'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 103.000 ricoveri nel 2023, un volume in crescita rispetto al biennio trascorso. I dati evidenziano un aumento del numero di pazienti ricoverati per gli ospedali di Vittorio Veneto e Montebelluna ma è l'Ospedale Hub di Treviso a manifestare il trend crescente più evidente con oltre 39.000 ricoveri nel 2023. La presenza del Privato-accreditato si conferma forte, superiore ad una media regionale di erogazione pari al 4,7%.

1.2.2 Pronto Soccorso

L'Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso.

ACCESSI PRONTO SOCCORSO PER ANNO

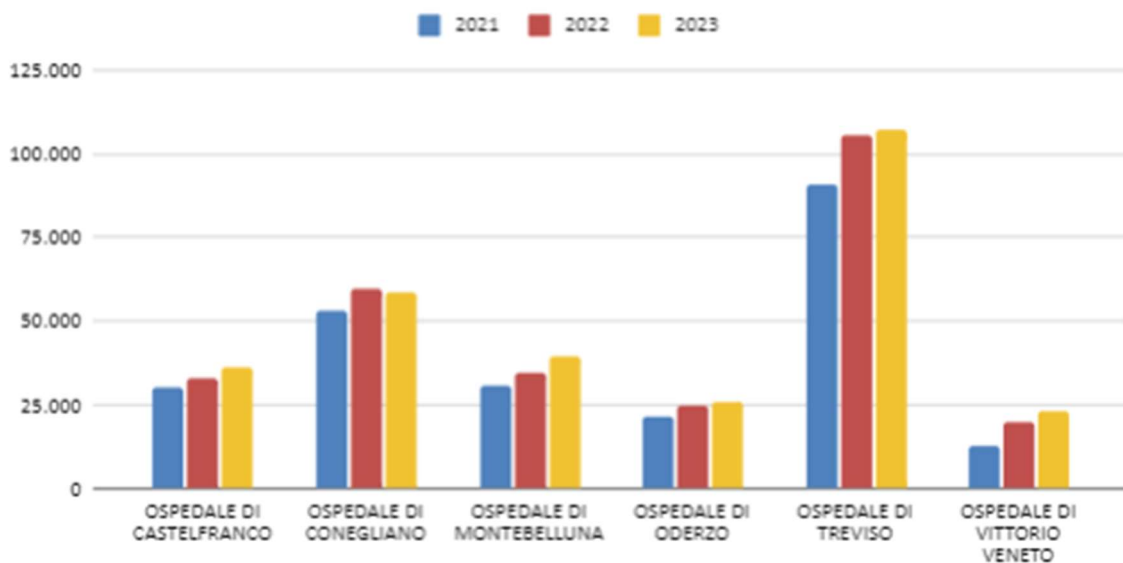


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

ACCESSI PER TRIAGE 2023

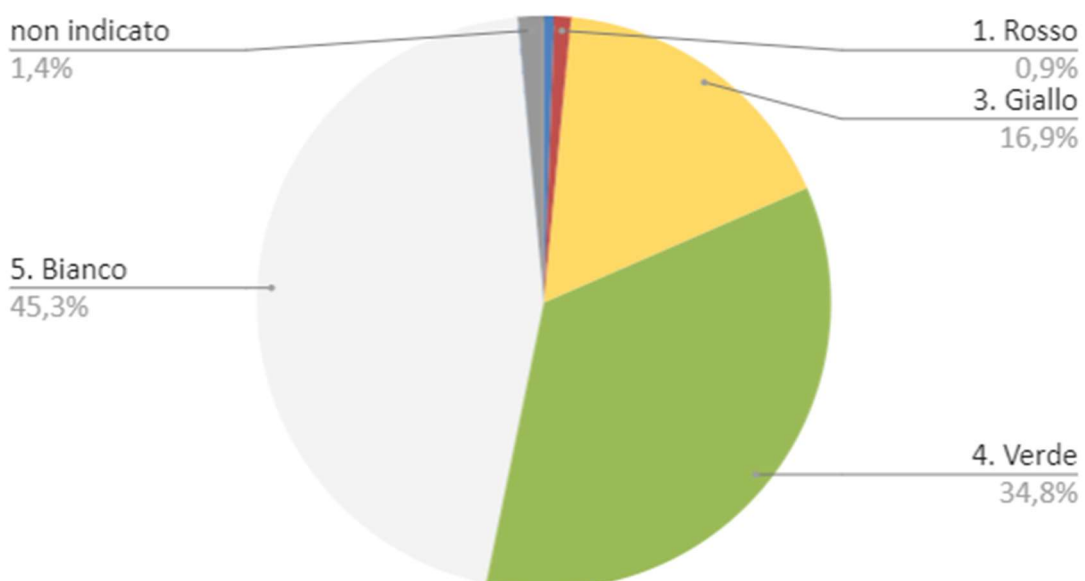


Grafico 1.2.6 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il trend già evidenziato dal numero di ricoveri si conferma anche nel numero d'accessi al Pronto Soccorso: un aumento in quasi tutti i presidi ospedalieri ad eccezione del presidio di Conegliano dove gli accessi rimangono stabili rispetto all'anno precedente.

1.2.3 Interventi Chirurgici

NUMERO D'INTERVENTI (DRG CHIRURGICO) PER ANNO

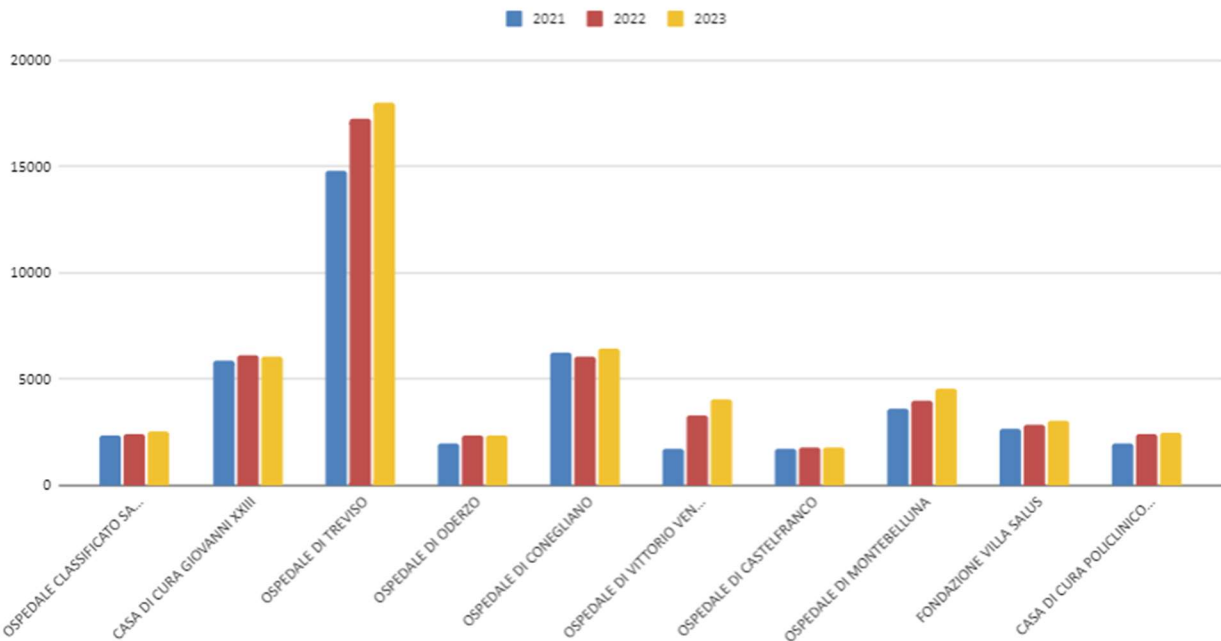


Grafico 1.2.7 Numero d' interventi chirurgici. Fonte: DWH regionali

INTERVENTI PER TIPOLOGIA STRUTTURA ANNO 2023

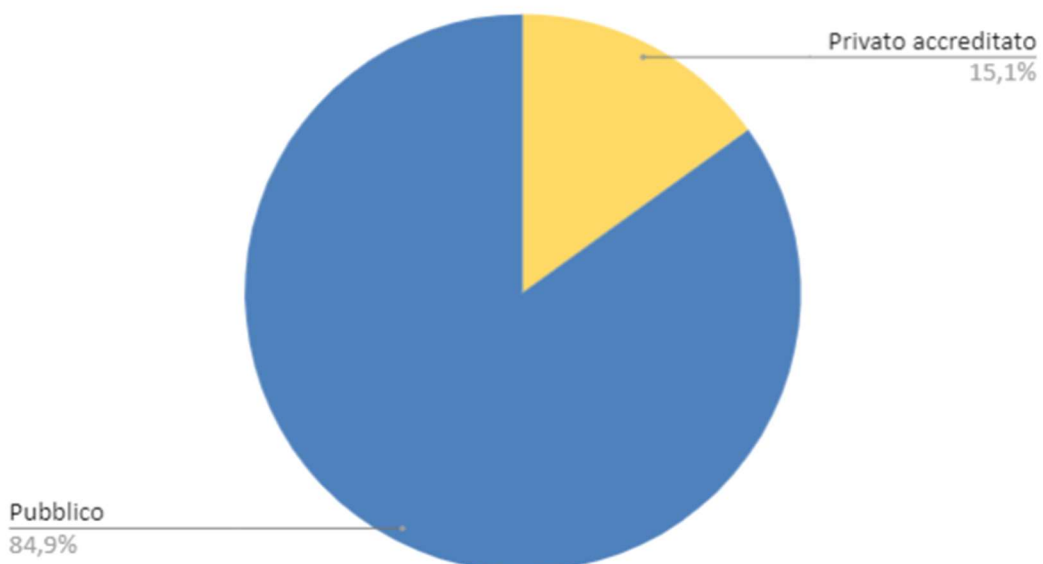


Grafico 1.2.8 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L'Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 18.000 interventi.

L'assistenza specialistica

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

PRESTAZIONI PER MACROBRANCA

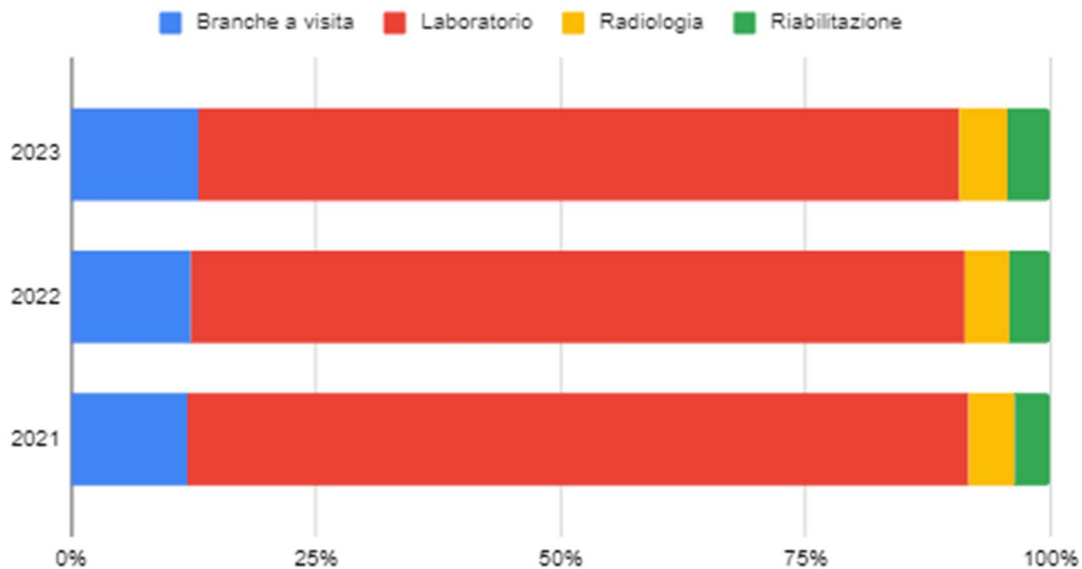


Grafico 1.2.9 Prestazioni per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con oltre 9 milioni di prestazioni, il 2023 ha visto però una lieve diminuzione di quest'ultime bilanciato da un aumento delle prestazioni delle branche a visita e radiologiche.

PRESTAZIONI EROGATE PER ANNO (ESCLUSO LABORATORIO)

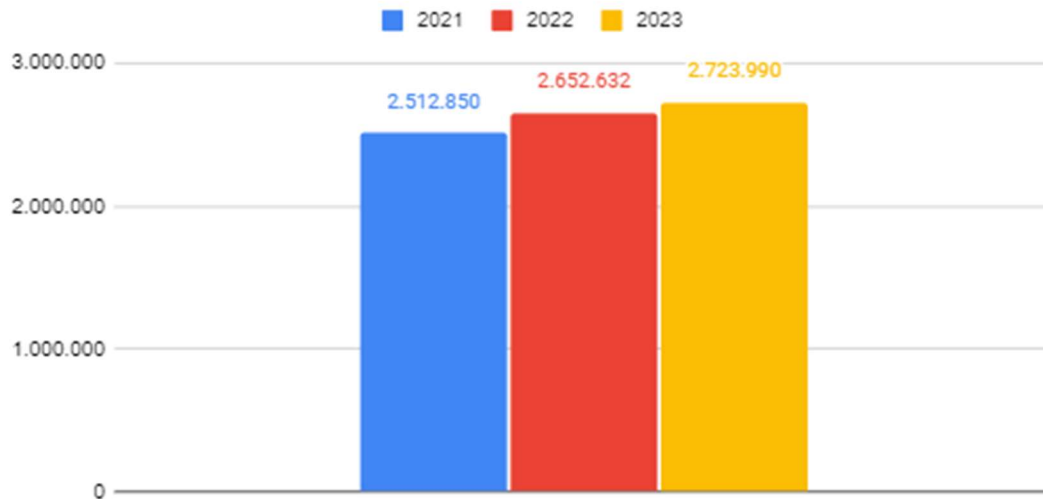


Grafico 1.2.10 Numero di prestazioni specialistiche erogate. Fonte dati: DWH regionale

PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA STRUTTURA ANNO 2023

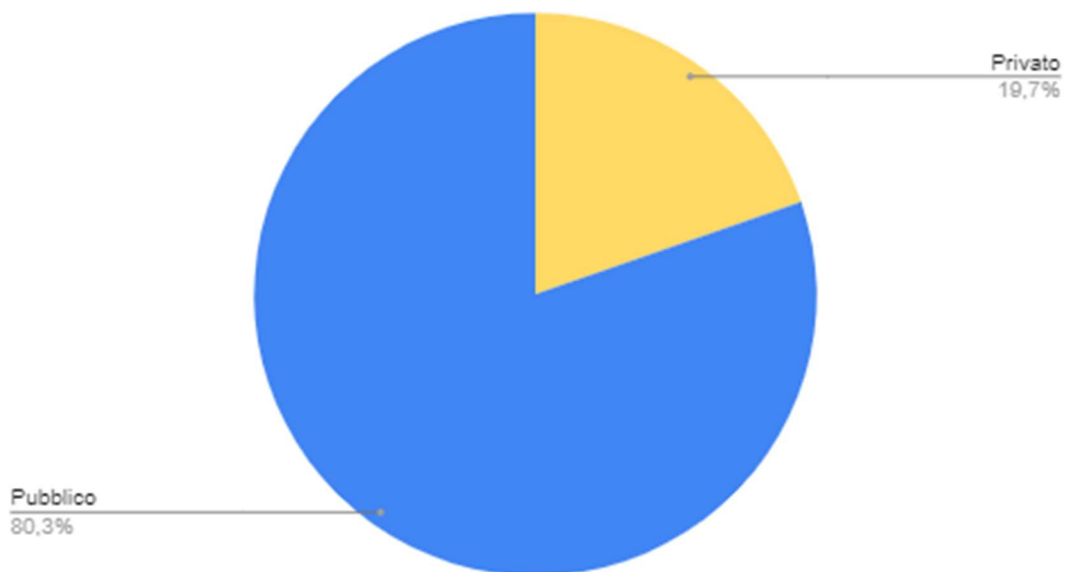


Grafico 1.2.11 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l’Azienda ha erogato oltre 2.700.00 prestazioni con un aumento percentuale del 2,7% sul 2022 e del 8,4% sul 2021.

Vista l’assenza di un flusso informativo delle prestazioni in galleggiamento e constatata la necessità di generare un monitoraggio sulle stesse, su indicazione dell’Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, è stato costituito un Tavolo di Lavoro finalizzato al monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in attesa di prenotazione: le cosiddette “liste di galleggiamento” (nota prot. n. 27380 del 3.10.2022). A fronte di un elenco iniziale di 33 prestazioni, a partire dal 23 maggio sono state monitorate 75 prestazioni.

Di seguito vengono riportati i risultati, a cadenza settimanale e dal momento della rilevazione, conseguiti

Strutture territoriali

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

| Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio | |
|--|---|
| Distretti | Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo |
| Strutture intermedie | Pubbliche: <ul style="list-style-type: none"> • ODC n. 1 • Cure palliative n. 3 • Hospice n. 1 • Struttura Covid dedicata n. 2* |
| | Private accreditate: <ul style="list-style-type: none"> • URT n. 1 • ODC n. 1 • Hospice n. 1 • Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78) n. 5 • Struttura Covid dedicata n. - |
| Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri | Pubblici: <ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori territoriali n. 22 • Punto prelievi n. 15 |
| | Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori territoriali n. 21 • Punto prelievi n. 1 |
| Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative | Consultori n. 17 |
| Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi | Centri di Servizi n. 56 Centri Diurni n. 25 |
| Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti | Comunità/appartamenti n. 33 Centri diurni n. 52 |
| Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti | <ul style="list-style-type: none"> • CSM n. 13 • Comunità/appartamenti n. 28 • Centri diurni n. 20 |
| Strutture per persone con dipendenze | <ul style="list-style-type: none"> • Serd n. 5 • Comunità Terapeutica n. 7 • Centri Diurni n. 2 |

* 2 chiusure in corso d'anno: Ospedale di comunità di Vittorio Veneto e l'Ospedale di Comunità di Valdobbiadene

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con interventi di Assistenza Domiciliare. Il grafico evidenzia un aumento del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

NUMERO ASSISTITI IN ADI PER ANNO

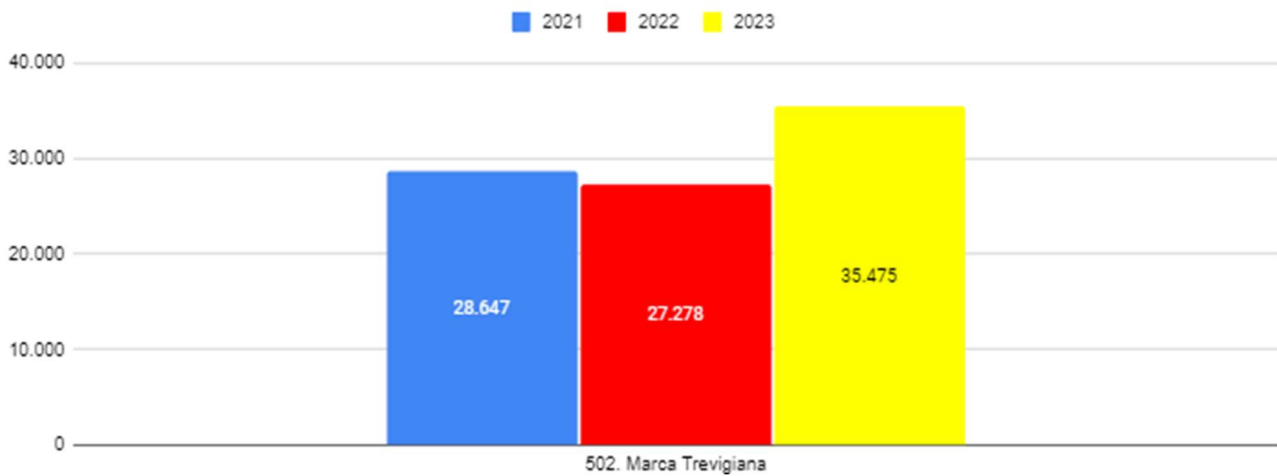


Grafico 1.2.12 Numero di assistiti in ADI Fonte: DWH regionale

SESSO PAZIENTI IN ADI 2023

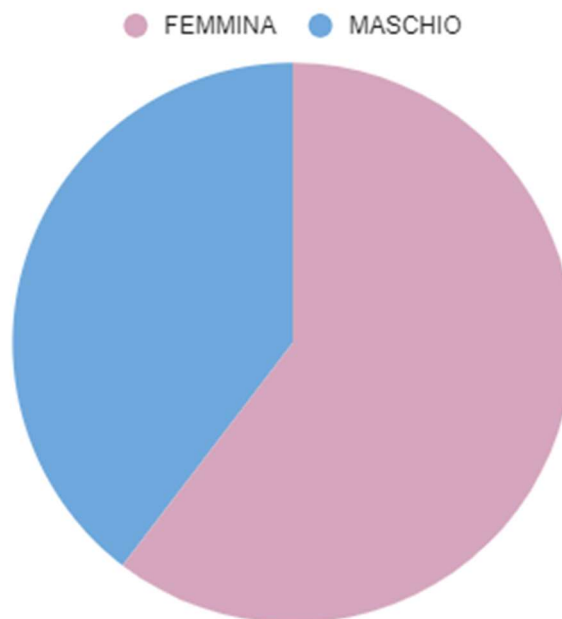


Grafico 1.2.13 Sesso assistiti in ADI Fonte: DWH regionale

Assistenza nelle strutture intermedie

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

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

NUMERO ASSISTITI UDC URT PER ANNO

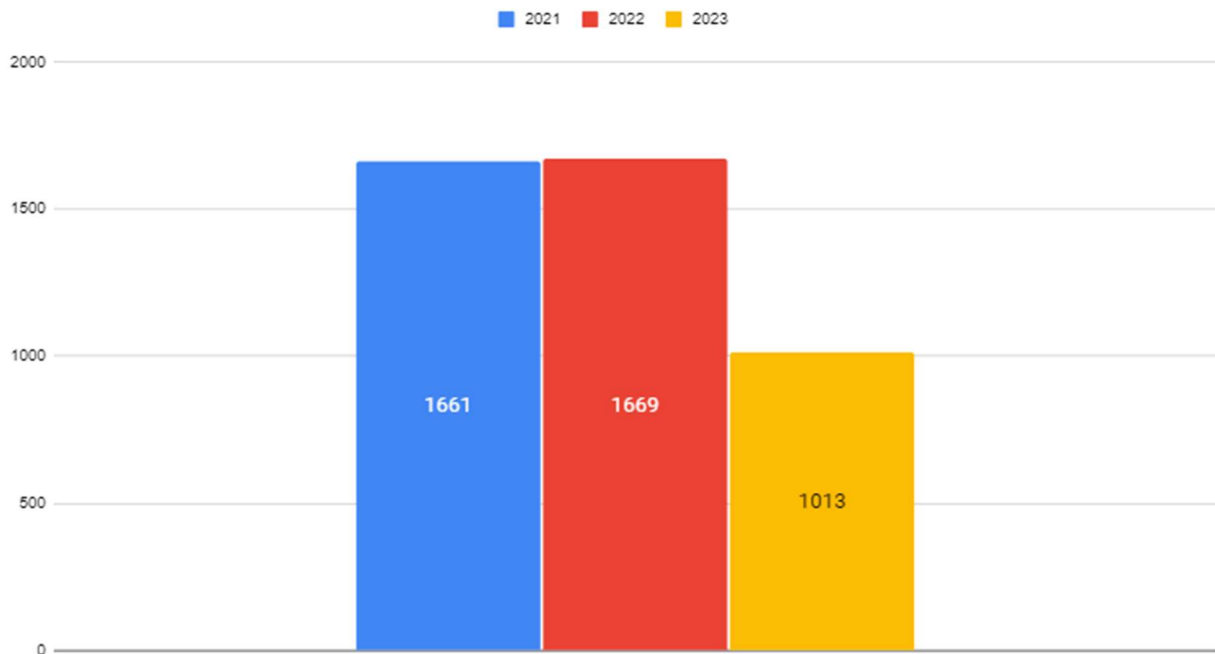


Grafico 1.2.14 Numero utenti ODC. Fonte: DWH regionale

L'attività, complessivamente considerata, degli Ospedali di Comunità dell'Azienda è diminuita per la chiusura di numerose strutture a seguito della fine dell'emergenza Covid; hanno infatti cessato la loro attività il Centro Accoglienza Covid 19 Valdobbiadene, il Centro Di Accoglienza Covid 19 di Conegliano, il Nucleo Territoriale per Emergenza Covid 19 di Motta Di Livenza, l'Ospedale Di Comunità per l'emergenza Covid Casa Fenzi di Conegliano, l'Ospedale Di Comunità di via Scarpa a Treviso.

NUMERO PAZIENTI HOSPICE PER ANNO

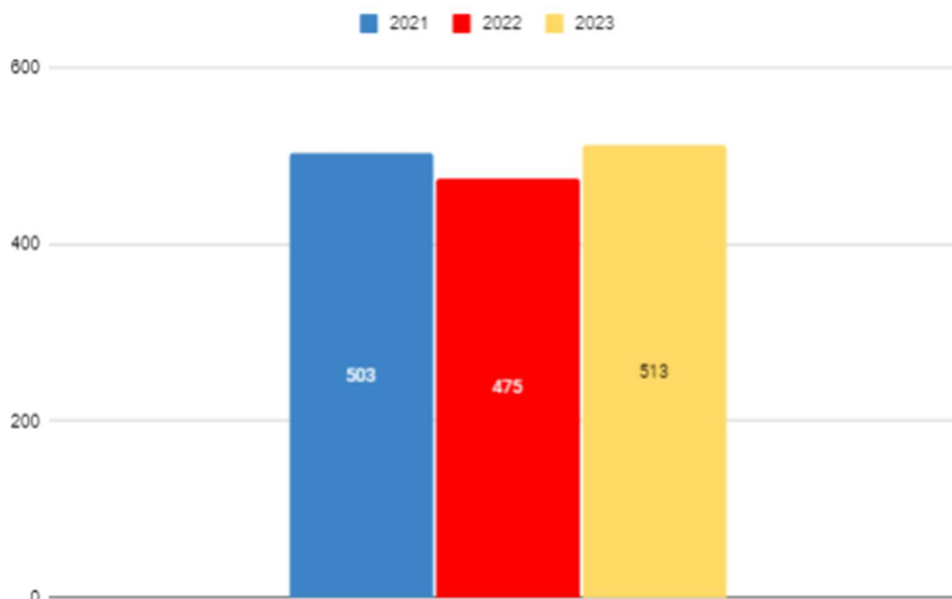


Grafico 1.2.15 Numero di pazienti in Hospice. Fonte: DWH regionale

Il numero di pazienti assistiti in Hospice è tendenzialmente in linea con l'andamento dell'ultimo biennio.

L'assistenza psichiatrica territoriale

UTENZA PER FASCIA D' ETÀ 2022

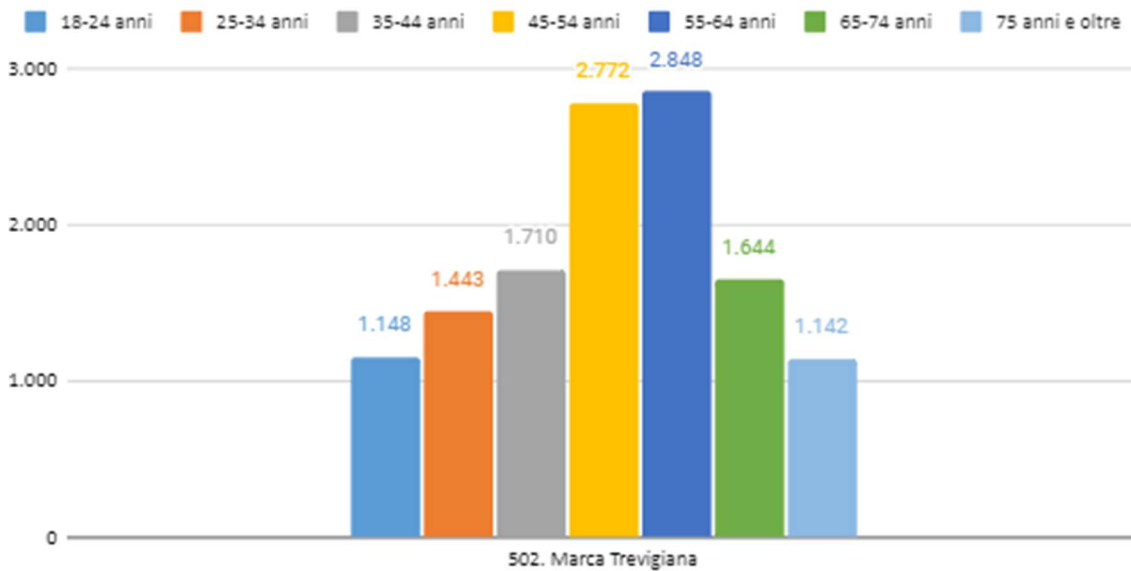


Grafico 1.2.16 Utanza DSM 2022 Fonte: DWH regionale

DIAGNOSI PER UTENZA 2022

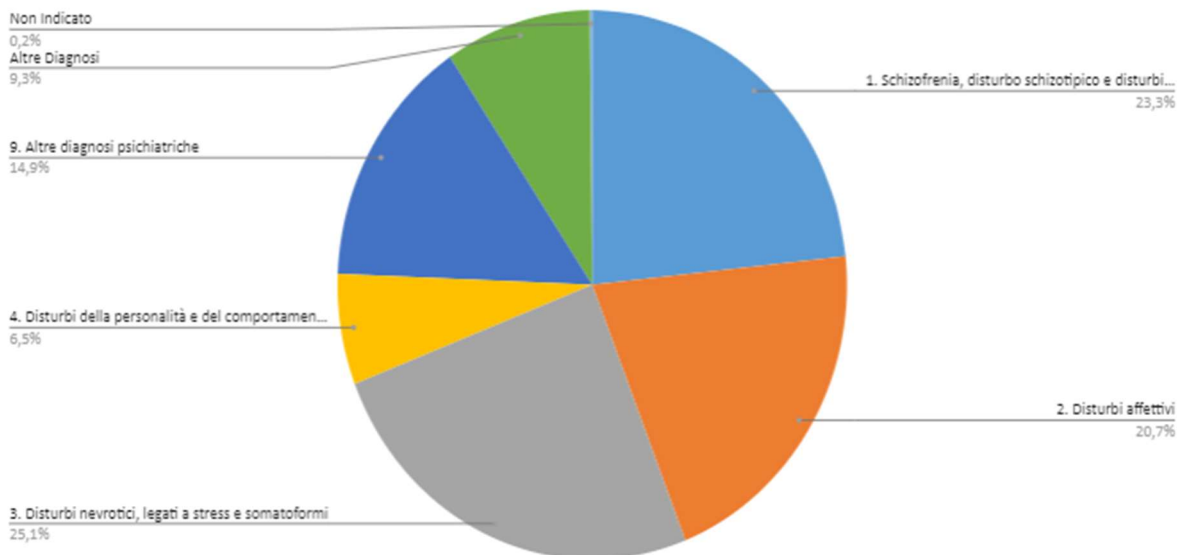


Grafico 1.2.17 Diagnosi per utanza DSM 2022 Fonte: DWH regionale

L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che "la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le

vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce il "contatto" più immediato e frequente per l'assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice".

| | |
|--|-----|
| Medici di Assistenza Primaria (MMG): | 484 |
| Pediatri di Libera Scelta convenzionati: | 96 |
| Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica): | 13 |

Fonte dati: modello FLS12

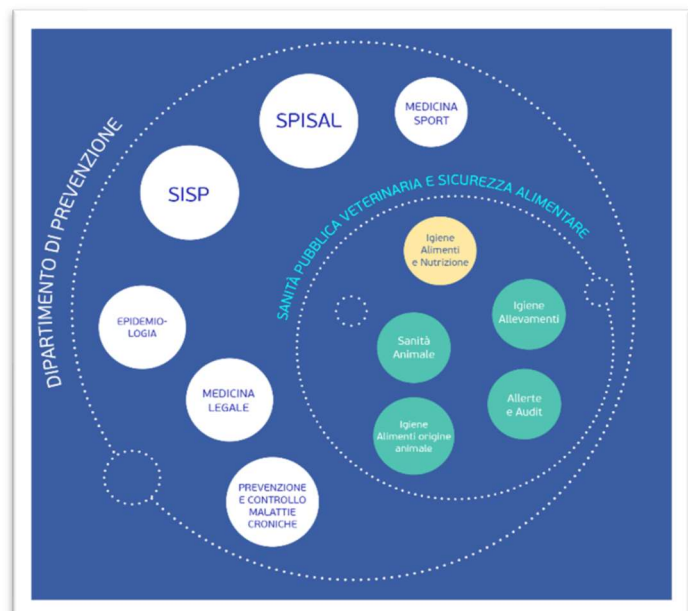
Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *evidence based prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'empowerment dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L'obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l'adozione di stili di vita sani, dall'altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare.

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

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

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



Coperture vaccinali

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

| Copertura Vaccinale | 2021 | 2022 | 2023 | Obiettivo Regionale 2023 |
|---|------|-------|-------|--------------------------|
| Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | 94,7 | 93,9 | 94,3% | >=95% |
| Vaccino anti HPV | 65,7 | 62,4 | 61,0 | >=80% |
| Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65) | 51,9 | 39,2% | 52,6% | >=60%* |

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 12.01.2024)

Screening oncologici

Gli screening sono interventi organizzati di sanità pubblica, completamente gratuiti, in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. L'obiettivo dei test di screening è individuare la presenza di un'eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità. Attraverso chiamate attive vengono offerti, gratuitamente, un test di 1° livello (test di screening) e, se necessario, anche esami di approfondimento (2° livello) ed eventuali trattamenti (3° livello). I soggetti destinatari decidono, volontariamente, se aderire. Attualmente sono tre i tumori per i quali l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana offre programmi di screening organizzato.

| Screening- Copertura | Copertura 2021 | Copertura 2022 | Copertura 2023 | Obiettivo Regionale 2023 |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Screening mammografico | 69,7% | 60,8% | 65,6% | >=60% |
| Screening cervice uterina | 67,8% | 79,7% | 81,6% | >=50% |
| Screening colon retto | 78,1% | 69,0% | 70,4% | >=50% |

Fonte dati: Qlik regionali screening oncologici (estrazione del 12.01.2024)

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2024-2026 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale delle comunità di riferimento, degli utenti, degli stakeholder, dei destinatari di una politica o di un servizio.

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

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

Vision e Mission aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si adopera per rispondere alla domanda di salute della comunità e dei cittadini erogando prestazioni d'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Il valore fondante dell'Organizzazione è la tutela della Salute (garantita all'Articolo 32 della Costituzione) che si coniuga con l'accesso libero e universale ai servizi socio-sanitari. Il fine fondamentale, appena richiamato, di qualsiasi azienda sanitaria deve coniugarsi con altri principi come il buon andamento della pubblica amministrazione e l'integrazione con i settori comunitari così da raggiungere una politica, generalmente intesa, di promozione della Salute e sviluppo del benessere e della qualità di vita.

L'OMS definisce la salute come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie e infermità". Tendere a così alti obiettivi, include un enorme sforzo da parte dell'organizzazione, che passa necessariamente da un utilizzo equo e appropriato delle risorse a disposizione e da continuo aggiornamento di competenze tecniche che vada di pari passo con l'evoluzione della tecnologia e delle conoscenze. Inoltre, è fondamentale sviluppare sinergie soprattutto tra servizi ospedalieri e territoriali, adeguando le modalità d'offerta e di erogazione senza precludere però l'espressione del potenziale professionale e umano degli operatori. Il sistema produttivo dei servizi non può essere poi un sistema autoreferenziale ma è obiettivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana incentivare anche la partecipazione di stakeholder, autonomie locali, enti e associazioni nel sistema di produzione.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana fa parte del Servizio Socio Sanitario della Regione Veneto in qualità di ente strumentale della Regione. Il raggiungimento e l'implementazione della Vision, precedentemente riportata, conduce l'organizzazione a analizzare i bisogni di salute e la domanda di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfa attraverso l'erogazione diretta o tramite strutture partner di diritti di prevenzione, diagnosi, riabilitazione, cura e reinserimento sociale.

Il mantenimento di elevati standard qualitativi si coniuga con le disponibilità economiche garantite dal sistema di finanziamento regionale e con il rispetto dei principi di appropriatezza delle prestazioni sanitarie previste dalle norme vigenti.

Riassumendo, l'attività aziendale si fonda su:

- **Centralità del cittadino:** adeguare l'offerta socio sanitaria ai bisogni della cittadinanza, tenendo conto dell'invecchiamento anagrafico e della conseguente maggiore morbilità.
- **Integrazione:** collaborazione costante con gli enti privati accreditati così da garantire l'assistenza migliore possibile e rispondere celermente ad aumenti non preventivati della domanda.
- **Sostenibilità economica:** organizzare l'erogazione compatibilmente con le risorse disponibili in un'ottica di efficacia ed efficienza.
- **Modernizzazione:** esprimere il contributo al Valore Pubblico attraverso i moderni strumenti tecnologici, informatici e digitali al fine di costruire un'Azienda moderna e al passo con i tempi.

Programmazione, obiettivi e valutazione

La creazione di Valore per la comunità passa attraverso la definizione di strategie operative e di obiettivi che valutino l'operato dell'Azienda; ciò avviene sia a livello aziendale, sia regionale e ministeriale.

La stesura e l'implementazione delle azioni da intraprendere è il risultato dell'integrazione tra le varie programmazioni, definite nei seguenti documenti:

- **Sustainable Development Goals (ONU):** una serie di 17 obiettivi interconnessi votati al raggiungimento “di un futuro migliore e più sostenibile per tutti”. L’obiettivo 3 mira a “Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età”.
- **Piano Sanitario Nazionale:** principale strumento di programmazione sanitaria volta a stabilire gli obiettivi, le azioni e le strategie programmatiche per la realizzazione delle strategie istituzionali del Servizio Sanitario.
- **Piano socio-sanitario regionale:** individua gli indirizzi di programmazione sanitaria a livello regionale.
- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Piano operativo Veneto:** traduzione a livello regionale degli obiettivi posti dalla Missione 6 Salute del PNRR.
- **Documento di economia e finanza regionale:** Il DEFR concerne l’applicazione del principio della programmazione esplicitato nella riforma introdotta dal D.Lgs. 118/2011, che ha inteso promuovere l’uniformità delle procedure e degli strumenti riguardanti l’architettura dei conti pubblici.

La misurazione della performance nella creazione di Valore Pubblico potrebbe risultare non agevole: se da un lato la misurazione di benessere può essere assumibile ad una sola dimensione d’impatto e quindi misurabile come benessere specifico o impatto settoriale, dall’altro nella maggioranza dei casi l’associazione non è uno a uno ma è riferibile a numerose dimensioni d’impatto.

A partire dal 2010 il progetto BES dell’ISTAT misura il Benessere equo e sostenibile, con l’obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. In quest’ottica i tradizionali indicatori di progresso, come il PIL, si affiancano a misure di valore sociale e ambientale. Dal 2016, vengono diffusi gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell’Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i Sustainable Development Goals (SDGs) delle Nazioni Unite, scelti dalla comunità globale grazie a un accordo politico tra i diversi attori, per rappresentare i propri valori, priorità e obiettivi. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro d’informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

| PROGETTO BES – Benessere Equo e sostenibile |
|---|
| Dominio Salute (4 indicatori) |
| Dominio Istruzione e formazione (8 indicatori) |
| Dominio Lavoro e conciliazione tempi di vita (10 indicatori) |
| Dominio Benessere economico (5 indicatori) |
| Dominio Relazioni sociali |
| Dominio Politica e istituzioni (8 indicatori) |
| Dominio Sicurezza (3 indicatori) |
| Dominio Benessere soggettivo |
| Dominio Paesaggio e patrimonio culturale (2 indicatori) |
| Dominio Ambiente (11 indicatori) |

Dominio Innovazione, ricerca e creatività (3 indicatori)

Dominio Qualità dei servizi (8 indicatori)

Gli indicatori del BES sono spesso sovrapponibili con quelli individuati dall' ONU.



Di seguito, vengono riportati i dati BES dell'ISTAT più recenti riferiti al dominio "Salute" e al dominio "Qualità dei Servizi" per la provincia di Treviso.

| Province REGIONE Ripartizione | 01-01 | | 01-02 | | 01-03 | | 01-04 | | 01-05 | | 01-06 | |
|--|-----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------------------|-------------|---|-------------|---------------------------------------|-------------|--|-------------|
| | Speranza di vita alla nascita (b) | | Mortalità evitabile (0-74 anni) (c) | | Mortalità infantile (d) | | Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c) | | Mortalità per tumore (20-64 anni) (c) | | Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c) | |
| | 2022 | 2022 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2021 | 2021 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 | 2020 | 2020 - 2019 |
| Verona | 83,6 | | 13,7 | | 1,8 | | 0,5 | | 6,9 | | 37,7 | |
| Vicenza | 83,6 | | 14,6 | | 2,2 | | 0,3 | | 6,4 | | 42,1 | |
| Belluno | 82,3 | | 16,7 | | 1,7 | | 1,1 | | 7,2 | | 34,8 | |
| Treviso | 84,1 | | 13,0 | | 1,6 | | 1,0 | | 6,5 | | 43,4 | |
| Venezia | 83,1 | | 15,0 | | 1,7 | | 1,5 | | 7,7 | | 40,4 | |
| Padova | 83,7 | | 13,2 | | 2,2 | | 0,6 | | 6,9 | | 40,7 | |
| Rovigo | 81,9 | | 16,6 | | 2,6 | | 3,0 | | 9,0 | | 40,6 | |
| VENETO | 83,3 | | 14,1 | | 1,9 | | 0,9 | | 7,0 | | 40,5 | |
| Nord-est | 83,2 | | 14,6 | | 1,9 | | 0,7 | | 7,1 | | 37,4 | |
| Italia | 82,6 | | 16,6 | | 2,5 | | 0,6 | | 8,0 | | 35,7 | |

"Dominio Salute": indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

| Province REGIONE Ripartizione | Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e) | | Emigrazione ospedaliera in altra regione (d) | | Medici specialisti (e) | | Posti letto negli ospedali (e) | |
|-------------------------------------|--|-------------|--|-------------|------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| | 2021 | 2021 - 2019 | 2021 | 2021 - 2019 | 2022 | 2022 - 2019 | 2021 | 2021 - 2019 |
| Verona | 7,8 | | 6,0 | | 35,3 | | 36,5 | |
| Vicenza | 4,1 | | 4,9 | | 22,4 | | 25,6 | |
| Belluno | 2,6 | | 6,4 | | 25,2 | | 30,3 | |
| Treviso | 4,1 | | 6,0 | | 22,1 | | 28,2 | |
| Venezia | 3,9 | | 6,7 | | 25,4 | | 32,0 | |
| Padova | 7,2 | | 4,7 | | 38,5 | | 33,5 | |
| Rovigo | 2,8 | | 10,2 | | 28,8 | | 35,3 | |
| VENETO | 5,2 | | 5,9 | | 28,9 | | 31,4 | |
| Nord-est | 4,1 | | 5,9 | | 32,0 | | 34,8 | |
| Italia | 4,1 | | 7,8 | | 33,2 | | 32,6 | |

“Dominio Qualità dei servizi”: indicatori per provincia. Rapporto Best dei territori. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Dai dati della provincia di Treviso, assimilabili a quelli dell’Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana, emerge come la speranza di vita alla nascita rilevata nella provincia di Treviso sia la più alta rispetto alle altre province della Regione Veneto. Si evidenzia anche che gli indicatori presenti nella tabella “Dominio Qualità dei servizi”, relativi alla provincia di Treviso, sono tutti in miglioramento rispetto all’anno 2019.

Le dimensioni d’impatto riportate sono due dei possibili indicatori di performance aziendale in termini di creazione di Valore Pubblico. Questo risulta tanto più elevato quanto le diverse prospettive indicative di benessere vengono coniugate e amalgamate in una prospettiva organica di valutazione dell’operato aziendale. Una comparazione a livello nazionale e regionale risulta utile soprattutto alla luce di macro-situazioni ad elevato impatto (pensiamo alla pandemia COVID) che possono, confrontate con altre realtà, dare una lettura differente e un giudizio ponderato sulla performance aziendale.

A completamento della valutazione istituzionale, è fondamentale ricevere un feedback dagli utenti dei servizi offerti dall’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana. L’esperienza dei pazienti è riconosciuta come una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati, al pari di altre misure cliniche, di efficacia, efficienza e sicurezza del paziente.

Le misure riportate dal paziente consentono di misurare quanto un’organizzazione o un sistema abbiano concretamente spostato l’approccio della patient-centeredness richiamata tra i principi fondanti dell’attività aziendale, e possono anche essere utilizzate per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari in un’ottica patient-oriented. L’Osservatorio PREMs (Patient-Reported Experience Measures) mira a raccogliere e fornire a manager e professionisti sanitari, ad ogni livello dell’azienda sanitaria stessa, i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria.

Le informazioni di esperienza possono fornire indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. L’Osservatorio PREMs, inoltre, è un canale di comunicazione tra i cittadini e il sistema sanitario costantemente aperto, in grado di raccogliere le storie dei pazienti e far tesoro degli aspetti che sono rilevanti per questi ultimi, sia per migliorare la qualità dell’assistenza offerta, sia per valorizzare il personale sanitario che si impegna quotidianamente nell’erogazione dei servizi. Mettere le Aziende e i professionisti sanitari nelle condizioni di utilizzare questi dati tempestivamente, anche su base quotidiana, è un passo avanti per una Sanità che vuole sempre più avvicinarsi al cittadino-paziente.

Una considerazione complessiva dell'assistenza può essere ben approssimata dalla valutazione dell'esperienza di ricovero nei presidi ospedalieri dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana.

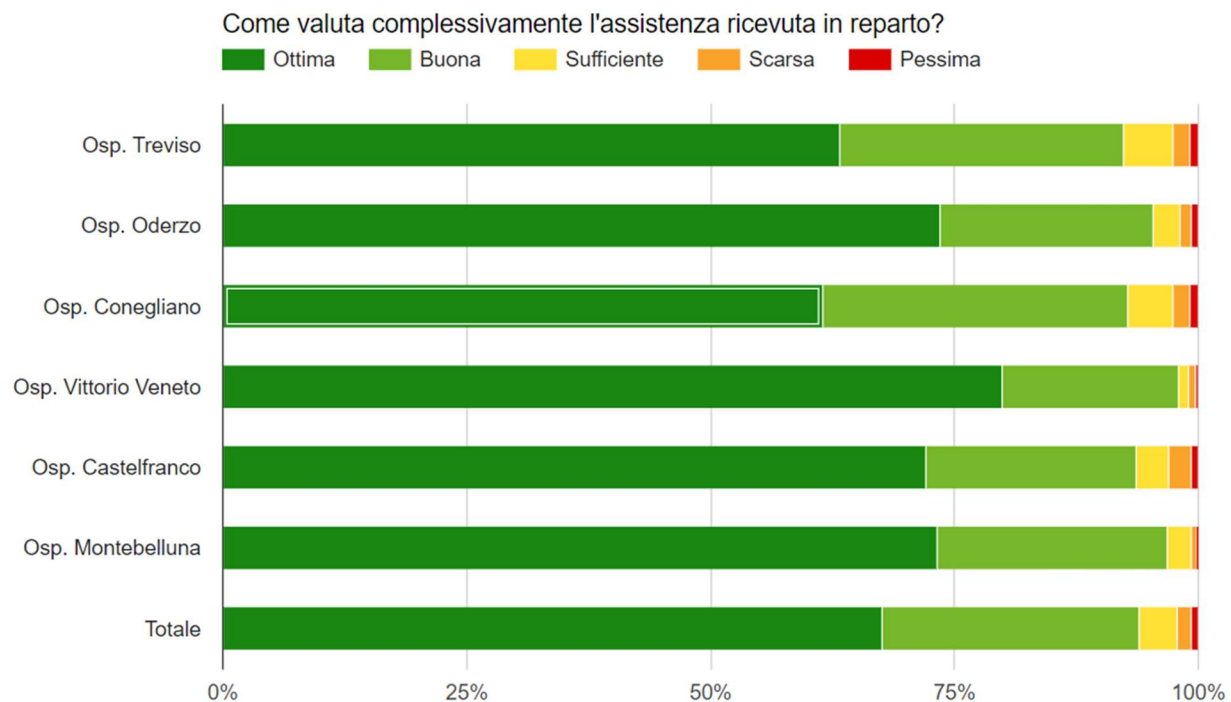


Grafico 2.1.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2023-31/12/2023

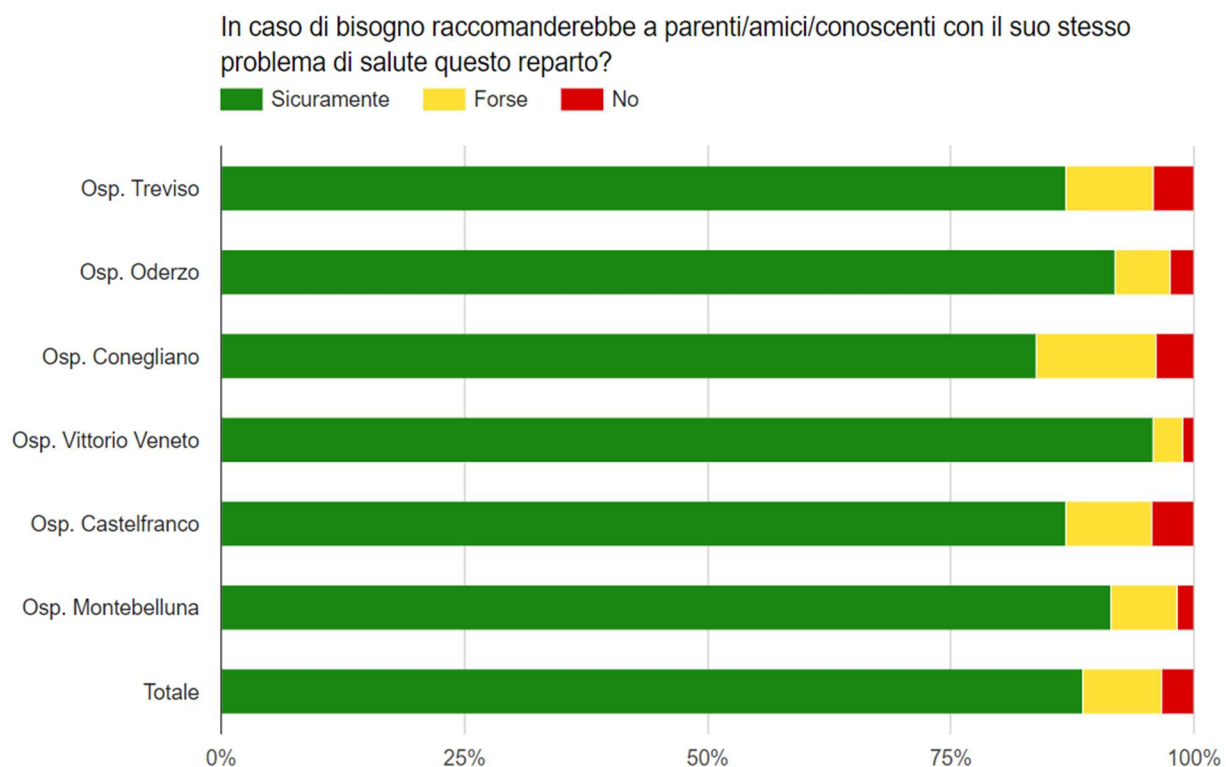


Grafico 2.1.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine Prens, periodo 01/01/2023-31/12/2023

Dai dati emerge una considerazione più che positiva tra coloro che hanno sostenuto un'esperienza di ricovero nelle strutture aziendali. Si sottolinea come un'indagine di questo tipo ponga sotto esame diversi aspetti della realtà ospedaliera: l'accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, la qualità

percepita dell'assistenza, la disponibilità del personale medico e infermieristico, la chiarezza delle indicazioni fornite sullo stato di salute. Un risultato di questo tipo non può che gratificare l'Azienda e motivarla maggiormente nell'offrire la migliore assistenza possibile ai cittadini.

Pur riconoscendo la bontà e la qualità percepita dell'operato aziendale, vi è il rischio di indugiare in una autoreferenzialità che potrebbe rivelarsi negativa nel lungo periodo: l'erogazione di servizi socio-assistenziali infatti richiede un costante aggiornamento e confronto con realtà esterne. In quest'ottica la Regione Veneto da anni partecipa assieme ad altre 8 Regioni (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria) e alle 2 Province Autonome di Trento e Bolzano alla valutazione della performance effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il Report del 2022 del Network delle Regioni fotografa la capacità dei sistemi sanitari regionali di riuscire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione nel corso del 2022. Elemento caratterizzante di questo rapporto è la multidimensionalità: il Sistema di Valutazione è capace di intercettare le relazioni tra i nodi del sistema sanitario e tra il sistema sanitario e gli altri sistemi sociali. Indicatori come l'equilibrio economico reddituale, la percentuale d'assenza del personale, la sanità digitale e la capacità di governo della domanda affiancano la valutazione della performance prettamente medico-clinica. Altro elemento chiave dell'indagine è l'utilizzo del benchmarking: questo è usato in molti sistemi di misurazione e valutazione della performance per la sua capacità di innescare processi reputazionali capaci di attivare il cambiamento. Il processo di confronto tra le istituzioni del sistema su numeri, scelte e risultati, in modo trasparente e pubblico, non è soltanto il modo in cui il sistema pubblico può e deve rendere conto ai cittadini delle sue azioni ma rappresenta anche lo strumento essenziale per apprendere e individuare eventuali ambiti di miglioramento.

Valutazione della Performance 2022



Grafico 2.1.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Dai risultati si evince come l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana consegua risultati eccellenti in quasi

tutti gli ambiti analizzati. Si rileva come l’Azienda, oltre all’elevata qualità delle cure, operi in un contesto d’ equilibrio e solidità patrimoniale non comune tra le aziende che si occupano di assistenza socio-sanitaria.

Performance

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

Per il triennio 2024-2026 l’Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

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



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

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);
- dall’altra obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1682 del 29/12/2023 *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l’anno 2024”* (tipo obiettivo “R”).

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

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

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse economiche ed umane. L'efficientamento energetico, tema diventato centrale alla luce delle recenti crisi delineatesi nel contesto geopolitico mondiale, viene implementato grazie ad una serie d'interventi nelle strutture ospedaliere di Castelfranco Veneto e Oderzo.

L'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana ha deciso inoltre di garantire maggiore efficacia ed efficienza al processo di logistica dei beni sanitari.

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|---|------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Interventi di efficientamento energetico legati all' adeguamento degli impianti nei presidi ospedalieri di Castelfranco Veneto e Oderzo | A | Implementazione di un sistema trigenerativo | Interventi nel P.O. di Oderzo | Interventi nel P.O. di Oderzo |
| | A | Attivazione del servizio energia per il Piano 10 del monoblocco del P.O. di Castelfranco Veneto | Attivazione | Mantenimento |
| Revisione dei sistemi di logistica dei beni | A | Avvio della logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e della logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale. | Avvio | Mantenimento |

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|---|------|---|--|--|
| Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici | R | Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2024 e DPC Farmaci 2024 | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale |
| | | Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2024 e DPC Dispositivi Medici e IVD | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale |
| | | Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2024 | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale |
| | | Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2024 | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale | ≤ soglie assegnate con provvedimento regionale |
| Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi | R | Rispetto della Programmazione relativa ai costi della produzione rilevati al IV CECT | SI | SI |
| Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi | R | Rispetto dei limiti di costo del personale e valore dei residui dei fondi della dirigenza anno 2024 inferiore al valore registrato nel 2023 | SI | SI |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte | 100% | 100% |
| | | Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza | SI | SI |
| Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati | R | Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni | SI | SI |
| Strategie di reclutamento del personale SSR | R | Aggiornamento delle graduatorie: grado di aggiornamento di scorrimento delle graduatorie in vigore | 100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione | 100% esiti positivi a seguito dei controlli a campione |
| Miglioramento nella sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel rispetto degli obiettivi del PNCAR 2022-2025 | R | Punteggio SPiNCAR ottenuto dall'Azienda superiore rispetto alla media nazionale | Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale | Punteggio ottenuto dal questionario SPiNCAR maggiore del punteggio medio nazionale |

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

La creazione di nuovo Valore Pubblico passa necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. L'accessibilità fisica, fondamentale per qualsiasi azienda operante nel settore della cura al cittadino che voglia definirsi "vicina" allo stesso, viene implementata con il trasferimento delle attività sanitarie e apparecchiature nel nuovo Edificio 29. Le attività si inquadrano nello sviluppo della fase 2 dell'intervento della Cittadella della Salute, un processo ambizioso che porterà l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana a prestare l'assistenza sanitaria in un polo d'eccellenza e all'avanguardia.

In un contesto d'innovazione tecnologica preponderante, l'Azienda intende adottare e sviluppare tutte le opportunità offerte dalle nuove tecnologie. Lo **sviluppo della telemedicina** riguarderà numerose branche mediche e tutte le fasi in cui la stessa è adottabile: il consulto, la refertazione, il controllo, la visita e la riabilitazione.

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|---|------|---|--|--|
| Accessibilità fisica: Cittadella della Salute | A | Attivazione Edificio 29: garantire la continuità delle attività sanitarie | Completamento de trasferimenti delle attività sanitarie nell'edificio 29 | |
| | | | Realizzazione del trasferimento delle apparecchiature c/o il blocco 29 | |
| | A | Sviluppo della seconda fase dell'intervento Cittadella della salute | | Definizione della progettazione esecutiva della seconda fase |

| | | | | |
|--|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Sviluppo della telemedicina. | A | Telemedicina per pazienti con scompenso cardiaco dimessi dalla geriatria. | Avvio | Implementazione |
| | | Applicazione del teleconsulto, televisita e telecontrollo nei reparti di Cardiologia, Ematologia, Neurologia, Pneumologia, Vulnologia, Oncologia, Malattie endocrine, Neuroradiologia. | Avvio | Implementazione |
| | | Sistema di teleradiologia, telerefertazione diagnostica e teleconsulto per i pazienti ricoverati nelle RSA. | Implementazione | |
| | | Telemedicina a valenza riabilitativa su pazienti con bisogni riabilitativi e assistenziali di varia natura | Avvio | Implementazione |
| | | Telemedicina mediante la nuova piattaforma regionale: applicazione del telemonitoraggio domiciliare per pazienti cronici | Avvio | Implementazione |
| | | Teleconsulto di Radioterapia per pazienti ricoverati negli ospedali dell' Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana e nelle case di riposo. | Avvio | Implementazione |
| | | Creazione di una rete di teleriabilitazione tra gli Ospedali di Montebelluna e Castelfranco e le strutture intermedie del Distretto di Asolo (URT e ODC) | Avvio | Implementazione |
| Accessibilità digitale: DIGITAL ORIENTEERING | A | Navigazione intelligente nella nuova Cittadella della Salute di Treviso per far arrivare il cittadino al giusto ambulatorio e al giusto reparto: avvio sistema | Avvio del sistema | Implementazione |
| Attuazione del Piano della Prevenzione Aziendale | A | Attuazione del Piano della Prevenzione Aziendale | Almeno 1 azione per programma | Almeno 1 azione per programma |

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|--|------|---|--|--|
| Perseguimento PNRR M6 | R | PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità" | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22 | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22 |
| | | PNRR: "COT - Centrali Operative Territoriali" | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22 | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22 |
| | | PNRR: "Grandi apparecchiature" | SI | SI |
| | | PNRR e PNC: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile" | SI | SI |
| | | PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione" | Milestone PNRR e indicazioni | Milestone PNRR e indicazioni |
| | | SIO e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello" | SI | SI |
| | | PNRR: "ADI" e "Telemedicina" | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento DM 77/22 | Milestone PNRR e/o indicazioni Unità di coordinamento o DM 77/22 |
| Perseguimento interventi strategici ospedaliera interventi edilizia | R | Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020) | SI | SI |
| | | Interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale | SI | SI |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 | R | Attuazione degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 secondo le indicazioni fornite dall'Unità di Coordinamento istituita ai sensi del DDR 32/2023 e dai Gruppi di lavoro identificati | Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento DM 77/22 | Indicazioni trimestrali dell'Unità di Coordinamento o DM 77/22 |
|--|---|--|--|--|

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

Con questo obiettivo strategico l'Azienda intende ripensare ai processi, sia amministrativi che di *clinical governance*, basandosi sulla convinzione che il miglioramento dell'assistenza passi necessariamente dalla messa in discussione di prassi talvolta consolidate negli anni. Nell'ambito dell'innovazione, assume particolare rilievo l'attivazione del **percorso trapianto allogenico**.

A partire da giugno 2022, l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana ha avviato un processo di formazione di personale medico, infermieristico e tecnico per operare all'interno del Centro Trapianto Midollo Osseo aperto presso l'UOC Ematologia dell'Ospedale Ca' Foncello. L'obiettivo dell'Azienda è quello di garantire ai propri pazienti oncoematologici la possibilità di essere sottoposti a trapianti allogenici senza dover necessariamente rivolgersi a centri esterni, spesso ubicati fuori Regione.

I sempre più rapidi progressi scientifici, la complessità della procedura e l'alto livello qualitativo dell'assistenza necessaria al paziente trapiantato richiedono che il personale acquisisca un expertise ed una cultura qualificata tali da saper affrontare le spesso ardue problematiche della strategia trapiantologica: l'alto livello di formazione viene garantito dalla convenzione tra l'University of Illinois di Chicago e l'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana che include attività di tutoraggio e training. La messa a terra del progetto viene garantita da un obiettivo di almeno 20 trapianti, inclusi trapianti da donatore non familiare.

L'Azienda ULSS 2 rivolge particolare attenzione alla reingegnerizzazione dei processi relativi alla **gestione delle liste d'attesa** che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda che si assume la responsabilità di seguirlo nell'affrontare il suo problema di salute per tutto il tempo necessario, non solo nella fase acuta ma anche nei controlli successivi.

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2024 | TARGET BIENNIO 2025-2026 |
|---|------|---|----------------------------------|--|
| Presa in carico del paziente da parte dello specialista | A | Gestione delle liste d'attesa: presa in carico dei pazienti cronici | 90% dei pazienti presi in carico | Mantenimento |
| Da modello aziendale socio sanitario a modello sanitario | A | Collaborazione con i comuni per il passaggio al nuovo modello gestionale: analisi dello stato dell'arte e programmazione dei tempi/modi per il trasferimento delle competenze | Supporto al trasferimento | Consolidamento del nuovo modello per le diverse aree socio-sanitarie |
| Rendicontazione sull'utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche | A | Implementazione della cabina di regia per il monitoraggio e audit dei progetti PNRR | | |
| Superamento visita dell'autorizzazione all'esercizio della Cittadella Sanitaria Edificio 29 | A | Visita accreditamento effettuata | si | |
| Conferma dell'autorizzazione all'esercizio dell'ULSS n. 2 Marca trevigiana | A | Conferma autorizzazione | si | |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|--|
| Implementazione delle attività di Cybersecurity al fine di aumentare il livello di sicurezza informatica | A | Prosecuzione del progetto | 90% delle fasi previste per l'anno | |
| Attuazione del Piano Investimenti Sanitario 2024-2026 | A | Acquisizione 2 robot per chirurgia mininvasiva per il blocco operatorio di Treviso e per il blocco operatorio di Conegliano | Acquisto | |
| | | Acquisizione 1 acceleratore lineare per il Presidio Ospedaliero di Treviso | Acquisto | |
| | | Acquisizione 1 Gamma Camera per il Presidio Ospedaliero di Treviso | Acquisto | |
| Sviluppo del Centro Trapianti Midollo Osseo | A | Avvio delle attività | Numero di trapianti allogeneici > 20 | |

| OBIETTIVO OPERATIVO | TIPO | INDICATORE | VALORE SOGLIA 2023 | TARGET BIENNIO 2024-2025 |
|--|------|--|---|---|
| Miglioramento nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale | R | % prestazioni traccianti con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti | >90% | >90% |
| | | % prestazioni traccianti con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | % prestazioni traccianti con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | Numero di prestazioni traccianti di classe "D" in galleggiamento | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | Numero di prestazioni traccianti di classe "P" in galleggiamento | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | Numero di prestazioni NON traccianti in galleggiamento | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | Adesione al modello di presa in carico: % di prescrizioni effettuate contestualmente alla visita dello specialista e adesione alle indicazioni sulla presa in carico paziente oncologico | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia | Indicazioni trimestrali della cabina di Regia |
| | | Adozione di un accordo con le Aziende ULSS e di uno strumento di monitoraggio mensile dei contenuti dell'accordo | SI | SI |
| | | Accordo IOV-ULSS sul percorso di presa in carico del paziente oncologico | SI | SI |
| | | Dimensionamento e monitoraggio delle prestazioni prenotabili da dedicare alla presa in carico del paziente oncologico per azienda sanitaria | SI | SI |
| Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali | R | P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella | Rispetto soglia nazionale | Rispetto soglia nazionale |
| | | P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | Rispetto soglia nazionale | Rispetto soglia nazionale |
| | | D14C_RV - Consumo di antibiotici sistemici per 1000 abitanti | Rispetto soglia nazionale | Rispetto soglia nazionale |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | Consumo di oppioidi sul territorio" >4,94 (x 1000) o incremento di almeno il 20% rispetto all'anno precedente (Bersaglio B4.1.1A) | Rispetto nazionale soglia | Rispetto soglia nazionale |
| | | H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella | Rispetto nazionale soglia | Rispetto soglia nazionale |
| | | H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100) | Rispetto nazionale soglia | Rispetto soglia nazionale |
| Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali | R | Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione (*) | Mantenimento rispetto nazionale soglia | Mantenimento rispetto nazionale soglia |
| | | Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto (*) | Mantenimento rispetto nazionale soglia | Mantenimento rispetto nazionale soglia |
| | | Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale (*) | Mantenimento rispetto nazionale soglia | Mantenimento rispetto nazionale soglia |
| Attuazione del Piano Regionale Prevenzione e Piano Strategico Operativo Regionale 2021-2023 | R | Attuare nel proprio territorio i Piani Mirati di Prevenzione nei settori produttivi a rischio individuati, in accordo con le indicazioni regionali | SI | SI |
| Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di una pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria | R | Realizzazione di un percorso di esercitazioni operative che coinvolge i diversi attori/servizi del Piano Pandemico | SI | SI |
| Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target | R | Coperture vaccinali previste negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster) | SI | SI |
| | | Copertura vaccinale HPV nelle coorti dei dodicenni (calcolata per ciclo iniziato (1a dose) sui tredicenni dell'anno di rilevazione) | >=80% | >=80% |
| Sviluppo dell'assistenza territoriale | R | Raggiungimento obiettivi specifici di alimentazione del FSE e di utilizzo del FSE da parte degli MMG | SI | SI |
| | | D05C - Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti) | <= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente | <= 62,43 (valore medio nazionale anno 2021) o -20% anno precedente |
| | | Adeguamento alle indicazioni regionali contenute nel piano di potenziamento delle Cure Palliative per l'anno 2024 | SI | SI |
| | | Messa a regime del flusso delle attività riabilitative territoriali "SIAR" e flusso delle attività erogate dai consultori familiari "SICOF" | trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record | trasmissione di un flusso trimestrale coerente con il tracciato record |
| Miglioramento dell'offerta dei servizi socio sanitari territoriali | R | Mappatura delle attività aziendali imputate al bilancio sociale con indicazione della delega (obbligatoria o facoltativa) e dei criteri di ribaltamento degli oneri sui Comuni e collaborazione alla definizione dei contenuti del nuovo portale regionale e aziendale sezione servizi sociali | 70% | 70% |
| Valorizzazione ruolo di Hub | R | Mantenimento attrazione per pazienti extra-regione specifico per azienda sanitaria | SI | SI |

| | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| Miglioramento degli indicatori di qualità dell'attività dei punti nascita | R | % di parti con almeno un evento avverso | <=4% | <=4% |
| Miglioramento della qualità del debito informativo | R | Percentuale di indicatori del Piano di controllo di qualità e completezza dei flussi rispettati | SI | SI |
| Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, riconciliazione farmacologica e deprescribing nella popolazione anziana | R | % di ultra 75enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi | <= 52,2% o in miglioramento | <= 52,2% o in miglioramento |
| Sviluppo dei progetti di qualità percepita | R | Verifica del rispetto del contenuto degli accordi e applicazione delle eventuali sanzioni | SI | SI |
| Rispetto degli accordi contrattuali con i privati accreditati | R | Incremento del personale destinato alle attività di assistenza territoriale rispetto all'esercizio precedente | >= 10% | >= 10% |
| Miglioramento dei processi sanitari | R | Miglioramento di un set indicatori di efficientamento sull'utilizzo della sala operatoria | indicazioni del Gruppo di lavoro | indicazioni del Gruppo di lavoro |
| | | Utilizzo della telerefertazione tra ospedali pubblici della stessa azienda | SI | SI |

Rischi corruttivi e trasparenza

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

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. Le fasi principali sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali, la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema. Il processo si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento: in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Con Delibera n. 7 del 17 gennaio 2023, l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, l'ANAC ha approvato l'aggiornamento 2023 al PNA 2022, dedicato ai contratti pubblici, in ragione delle importanti novità introdotte dall'adozione del D.Lgs. n. 36 del 31 marzo 2023 che ha introdotto il nuovo Codice dei contratti pubblici, precisando in premessa che "anche le indicazioni contenute nel presente Aggiornamento sono quindi orientate a fornire supporto agli enti interessati al fine di presidiare l'area dei contratti pubblici con misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza che possano costituire una risposta efficace e calibrata rispetto ai rischi corruttivi che possono rilevarsi in tale settore dell'agire pubblico".

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

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda

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

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

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

L'Azienda, in merito alla scelta e alla riconferma del RPCT, ha seguito le indicazioni di ANAC, riportate nel PNA 2019 e nel PNA 2022. Infatti è stata garantita l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione, sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

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

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

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

Come indicato da ANAC, da ultimo nel PNA 2022, allegato 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire che il RPCT svolga il proprio ruolo con autonomia ed effettività, nel corso del 2023 si è provveduto a rafforzare l'Ufficio trasparenza e anticorruzione procedendo a:

- individuare specifica struttura organizzativa di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: con nota prot. n. 164040 del 14.09.2023 il Direttore amministrativo ha individuato come componenti della struttura organizzativa di supporto alla figura del RPCT, costituita ai sensi di quanto previsto all'interno della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, e coordinata dal RPCT stesso, la Dott.ssa Serena Candido della UOC Affari generali e legali, la Dott.ssa Liliana Bortot dell'Ufficio Internal audit e gli ingegneri Maria Crema e Serena Giubbi dell'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo;
- prevedere uno specifico incarico di funzione professionale incardinato nell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, denominato "Supporto alla gestione degli adempimenti aziendali relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza", attivato a gennaio 2024 ed assegnato alla Dott.ssa Serena Candido, con le seguenti funzioni:
 - supporto al RPCT, alla Direzione e ai diversi servizi aziendali nella programmazione, gestione e monitoraggio delle misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione;
 - supporto e monitoraggio in tema di obblighi relativi alla trasparenza;
 - supporto nella predisposizione dei principali atti relativi alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PIAO, Regolamenti, ...).

Con DDG n. 198 del 31.01.2023, al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si è provveduto a confermare come sostituto del RPCT in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, il Dott. Carlo Frattin, Direttore della UOC Affari Generali e Legali.

Con DDG n. 1413 del 13.07.2023, avente per oggetto "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione europea (c.d. whistleblowing)", è stato disposto che nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione il Direttore della UOC Affari generali e legali.

I referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dipende in gran parte dal reale coinvolgimento di tutti coloro che operano nell'amministrazione. Data l'elevata complessità organizzativa

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

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell’art. 16, co. 1 ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

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

- I Referenti del RPTC, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell’illegalità nell’Azienda, concorrono, a titolo esemplificativo, a:
 - individuare le attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
 - prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione, assicurando obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
 - garantire l’applicazione delle misure di prevenzione della corruzione di propria competenza;
 - monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
 - verificare l’efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione;
 - verificare la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell’etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
 - assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l’esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell’attività amministrativa, individuando, ove necessario, specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli già previsti da disposizioni di legge.

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

I Referenti del RPCT vengono inoltre coinvolti nella fase di aggiornamento del documento relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Per quanto riguarda il presente aggiornamento, gli stessi sono stati coinvolti nella predisposizione del nuovo Piano inserendo nel *format* per la relazione annuale da presentare entro fine 2023 una sezione relativa a “suggerimenti per l’elaborazione della strategia aziendale di prevenzione dei rischi corruttivi”. Anche quest’anno è stato suggerito di proseguire nella formazione del personale.

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

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

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

ANAC, con il comunicato del 28.10.2013, ha stabilito che ogni Stazione appaltante deve nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, ribadendo nel PNA 2022 l'importanza di tale figura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocatione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione.

Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato dell'UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni.

Internal auditing

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

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

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

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

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

- sviluppa un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nella sezione rischi corruttivi e trasparenza;
- supporta da un punto di vista metodologico l'analisi del contesto, la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruttivo connesso;
- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.
- Nel piano triennale dell'Internal Audit 2023-2025, in corso di definizione, sono previste le attività di analisi e valutazione del rischio con le diverse unità operative al fine di valutare i seguenti rischi:
 - amministrativo-contabile (non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative),
 - frode (azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti),
 - di compliance (mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne),
 - nonché la verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento avviate nel 2022.

Nel corso del 2023, Internal Audit, RPCT e Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno proseguito con le attività relative alla gestione dei suddetti rischi seguendo la metodologia del *Control Risk Self Assessment* (CRSA), proposta da Azienda Zero per il controllo interno e armonizzata con la ISO 31000:2018 e le linee guida fornite da ANAC.

Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.01.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.05.2018 e n. 1989 del 14.10.2021 è stato costituito l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), in forma monocratica, quale autorità competente per le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa) nei confronti di tutto il personale dipendente delle aree della dirigenza e del comparto dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana. L'UPD è altresì competente per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i medici specialisti ambulatoriali interni: per tale funzione, l'Ufficio agisce in composizione collegiale, integrato con altri due componenti.

Con successiva deliberazione n. 1710 del 07.09.2023 è stato disposto che l'UPD, per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, sia integrato con due componenti, assumendo la denominazione di Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato (UPDC).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

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

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

A seguito di specifica richiesta avanza dal RPCT con nota in data 31 marzo 2023, al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

Organismo indipendente di valutazione (OIV)

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

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

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

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

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

La gestione dei rischi di corruzione

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

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

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

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

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

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

Analisi del contesto esterno

Il contesto nazionale

Il contesto italiano presenta vari rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione. Transparency International¹ pubblica l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti.

Nel 2023 l'Italia si è classificata al 42° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, con un punteggio di 56/100.

A livello europeo l'Italia si pone al 17° posto su 27 paesi membri dell'Unione europea, dove il punteggio medio è di 65/100.

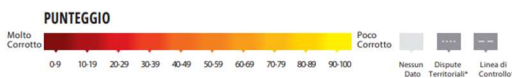
¹ Transparency International è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo, la sezione Italia è stata fondata nel 1996 da persone di diversa estrazione sociale e professionale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

INDICE PERCEZIONE CORRUZIONE 2023

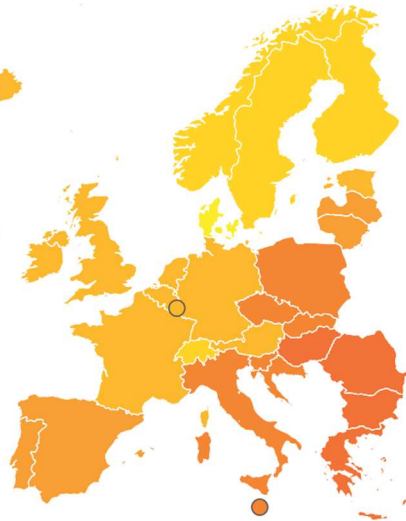
EUROPA OCCIDENTALE & UNIONE EUROPEA

65/100

PUNTEGGIO MEDIO



*The designations employed and the presentation of material on this map follow the UN practice to the best of our knowledge and as of January 2024. They do not imply the expression of any opinion on the part of Transparency International concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities or concerning the delimitation of its borders or boundaries.



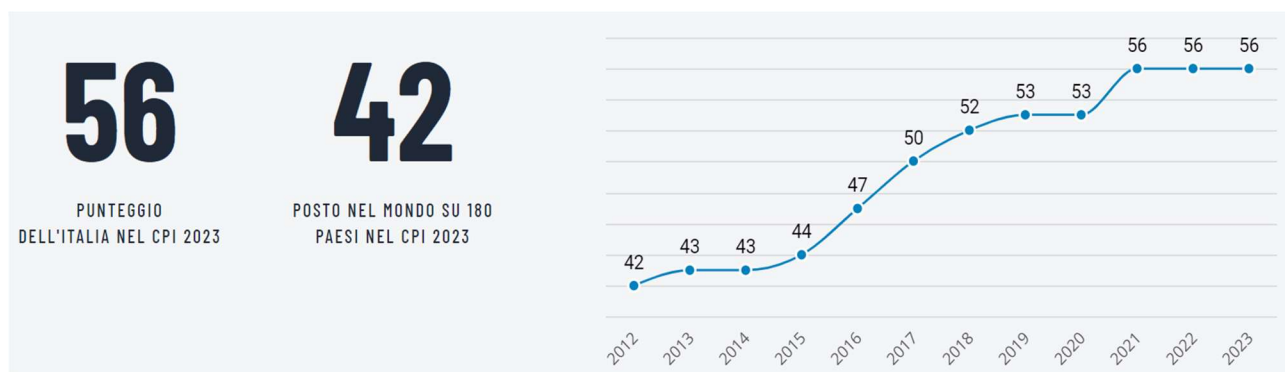
| PUNTEGGIO PAESE | |
|-----------------|----------------|
| 90 | Denmark |
| 87 | Finland |
| 84 | Norway |
| 82 | Sweden |
| 82 | Switzerland |
| 79 | Netherlands |
| 78 | Germany |
| 78 | Luxembourg |
| 77 | Ireland |
| 76 | Estonia |
| 73 | Belgium |
| 72 | Iceland |
| 71 | Austria |
| 71 | France |
| 71 | United Kingdom |
| 61 | Lithuania |
| 61 | Portugal |
| 60 | Latvia |
| 60 | Spain |
| 57 | Czechia |
| 56 | Italy |
| 56 | Slovenia |
| 54 | Poland |
| 54 | Slovakia |
| 51 | Malta |
| 50 | Croatia |
| 49 | Greece |
| 46 | Romania |
| 45 | Bulgaria |
| 42 | Hungary |

#CPI2023

www.transparency.it

This work from Transparency International (2024) is licensed under CC BY-ND 4.0 © ① ②

Dal 2012 al 2023 in Italia sono state guadagnate n. 14 posizioni, a riprova dei progressi fatti in tale ambito.



56

PUNTEGGIO DELL'ITALIA NEL CPI 2023

42

POSTO NEL MONDO SU 180 PAESI NEL CPI 2023

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

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

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

La Regione del Veneto

Sulla base delle relazioni della Direzione investigativa antimafia (Dia), relative al primo e al secondo semestre 2022, "per i suoi affari, la criminalità organizzata guarda al Veneto, dove «la presenza delle organizzazioni criminali di tipo mafioso è stata evidenziata da numerose investigazioni, che hanno dimostrato come nel corso degli anni il territorio sia stato infiltrato da esponenti di 'ndrangheta, cosa nostra e camorra». Il Veneto è un territorio descritto come «fortemente industrializzato, vivace, produttivo e in ripresa economica» e quindi in grado di «attrarre costantemente gli interessi delle organizzazioni criminali che, operando con

proprie dimensioni imprenditoriali, tentano di intercettare nuove opportunità di business». «Estorsioni, rapine, usura, ricettazione e riciclaggio», questi sono alcuni crimini commessi da membri di gruppi criminali organizzati, insieme ad altri reati predatori e al traffico di droga. «Costante risulta altresì l'interesse della criminalità nel perseguire l'infiltrazione del tessuto economico-produttivo soprattutto tramite la commissione di reati economico finanziari e di truffe, finalizzate all'indebito ottenimento di contributi pubblici - si legge ancora nella relazione della Dia - Ed è da evidenziare il trend in crescita negli ultimi anni delle frodi all'Iva, perpetrate spesso mediante l'utilizzo di società cartiere». La Dia suggerisce di fare quindi molta attenzione alle «opportunità di ulteriore sviluppo economico per il territorio», rappresentate dalle grandi opere, come la Pedemontana o la realizzazione dell'Alta Velocità, e dai Giochi Olimpici e Paraolimpici di Milano-Cortina del 2026, «la cui organizzazione richiede un notevole impiego di risorse rientranti nel Pnrr».

Il Prefetto di Venezia, a margine della conferenza regionale delle autorità di pubblica sicurezza tenutasi a Venezia a fine ottobre 2023, ha comunque comunicato che l'indice dei reati in Veneto nel periodo che va da gennaio a settembre 2023 è calato rispetto allo stesso intervallo dell'anno precedente.

Sul fronte delle infiltrazioni mafiose nella Regione, parere comune dei prefetti veneti è quello di "non abbassare la guardia, perché in un tessuto produttivo ed economico come quello veneto è un fenomeno che deve essere attenzionato puntualmente".

La sanità

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

In tale ambito, i settori maggiormente esposti sono:

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

La corruzione in sanità, fenomeno che non riguarda solo il nostro paese, ma anche le altre nazioni europee, provoca perdite importanti nei finanziamenti pubblici.

La sfida del PNRR

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

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

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

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

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

Nell’ambito della gestione della strategia di prevenzione della corruzione attuata nel corso del 2023, è stata dedicata particolare attenzione alle attività connesse ai fondi PNRR.

Nel corso dell’anno, in linea con quanto previsto nel Piano integrato di attività e organizzazione 2023 – 2025, oltre all’attuazione degli adempimenti dettati dalla normativa e dalle specifiche indicazioni nazionali e regionali, si è proceduto a realizzare una serie di azioni volte a supportare le diverse unità operative aziendali al fine di garantire un’efficace gestione di tali risorse, ed in particolare si è provveduto a:

- effettuare uno studio di fattibilità in ordine alla costituzione di una unità di missione/cabina di regia per supportare il Referente unico aziendale per il PNRR e in particolare per coordinare, monitorare, rendicontare e controllare le attività di gestione degli interventi previsti dal PNRR, avviando altresì la predisposizione della documentazione per la disciplina della stessa;
- fornire supporto ai competenti uffici per l’eventuale aggiornamento della mappatura dei processi a rischio nell’ambito degli interventi PNRR e per il corretto adempimento degli adempimenti connessi al piano: a tal fine, la Direzione amministrativa in data 15 settembre u.s. ha trasmesso alle unità operative coinvolte nella gestione dei fondi e dei progetti PNRR (UOC Servizi tecnici e patrimoniale, UOC Sistemi informativi, UOC approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, UOC approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica e UOSD Coordinamento attività per la nuova cittadella sanitaria di Treviso) una nota e-mail avente per oggetto “Rilevazione rischi PNRR e monitoraggio applicazione misure di controllo”, per consentire alle stesse di procedere alla valutazione dei diversi processi di competenza secondo specifica flowchart, prevedendo l’eventuale revisione dei relativi registri dei rischi, nonché alla valutazione del rispetto degli adempimenti previsti in tema di PNRR, mediante apposita check list;
- supportare le unità operative nell’implementazione di Amministrazione trasparente in considerazione delle novità normative e di quanto indicato nel PNA 2022;
- effettuare specifica attività di monitoraggio sugli interventi PNRR attraverso l’Ufficio Internal Audit sulla base delle direttive regionali;
- rendicontare le attività relative alla gestione dei fondi PNRR, attraverso il costante aggiornamento di ReGiS (Piattaforma unica per compiere tutta una serie di operazioni per rispettare gli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR), e la tenuta di un cronoprogramma a cura dell’UOC Sistemi informativi e dell’UOC Servizi tecnici e patrimoniali in *compliance* alle *milestones* regionali, con indicazione della percentuale di completamento dell’attività e quindi di raggiungimento dell’obiettivo, che viene periodicamente inviato alla Direzione aziendale e alla Regione del Veneto.

Rientra inoltre in tale ambito, l’impulso dato a quanto previsto dalla normativa antiriciclaggio, strettamente connessa alla strategia in tema di prevenzione della corruzione, in base alla quale gli uffici delle Pubbliche amministrazioni sono tenuti a comunicare all’Unità di informazione finanziaria per l’Italia (UIF) dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui siano venuti a conoscenza: l’Azienda ha infatti provveduto all’approvazione, effettuata con DDG n. 2354 del 15.12.2023, delle “Disposizioni organizzative in tema di segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo ai sensi del

D.Lgs. n. 231/2017”, e all’individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza quale Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette.

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

Al fine di rendere pienamente operativa la disciplina, per il 2024 si è programmata una specifica attività formativa anche in tale ambito, sia attraverso la somministrazione di una FAD resa disponibile da parte della Regione del Veneto, sia attraverso un percorso organizzato con un esperto in materia.

Per il 2024, l’Azienda, a seguito della riorganizzazione interna che ha interessato le unità operative complesse Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica e Sistemi informativi, anche con riferimento al riparto di competenze in tema di affidamento dei contratti pubblici, nonché in considerazione dell’entrata in vigore del nuovo Codice dei contratti pubblici, facendo seguito all’interlocuzione avviata con le predette unità operative a fine 2023, intende procedere alla rivalutazione ed alla conseguente eventuale revisione dei processi e dei registri dei rischi relativi all’affidamento e all’esecuzione dei contratti pubblici, che riguardano anche la gestione fondi PNRR, attraverso l’analisi dei possibili eventi rischiosi che possono impattare in tali ambiti, compreso il rischio riciclaggio, secondo le indicazioni fornite da ANAC nella Delibera n. 605 del 19.12.2023 recante l’Aggiornamento 2023 del PNA 2022.

Inoltre, anche per l’anno 2024 l’Azienda ha previsto uno specifico obiettivo strategico connesso alla realizzazione del PNRR, all’interno dell’Obiettivo strategico 3 – Sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi, relativo alla “Rendicontazione sull’utilizzo dei finanziamenti del PNRR e sul rispetto delle tempistiche”, avente come indicatore l’implementazione della cabina di regia per il monitoraggio e audit dei processi PNRR.

Analisi del contesto interno

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

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

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

L’azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basato su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In linea con la strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad essi relativi da monitorare e migliorare.

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

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

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

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

Mappatura dei processi

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

Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi

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

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

In base a ciò, all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, sono stati valutati 80 processi: per n. 66 di questi è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo.

Dal 2022, al fine di agevolare l'attività di autovalutazione, è stato implementato uno specifico modulo Google, reso disponibile alle unità operative.

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

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

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (valutazione del rischio).

Nel corso del 2023, seguendo la metodologia del CRSA, sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 12 processi aziendali.

Di questi, 3 registri dei rischi sono stati creati a seguito di un'attività svolta durante l'anno 2023 avente come obiettivo l'ottimizzazione di alcuni processi appartenenti al Dipartimento di Prevenzione.

Attualmente sono presenti n. 47 registri dei rischi, resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/web/prevenzione-della-corruzione/gestione-del-rischio/registri-dei-rischi>.

Identificazione rischi specifici

I responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (eventualmente supportato da un gruppo di lavoro dagli stessi individuato), avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione devono identificare in questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi. Così come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo) devono comunque mantenere un atteggiamento attivo e segnalare eventuali rischi ad integrazione.

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

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

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o internal auditor, eventi rischiosi enucleati nel PNA) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno o di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre ULSS;

- brainstorming con il gruppo di lavoro (personale che opera all'interno del processo interessato) per vagliare i rischi specifici presenti nell'elenco contenuto nei PNA e identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione;
- incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing con gli owner del processo e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

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

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

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

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

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

Analisi e ponderazione dei rischi specifici

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

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

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

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

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

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

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

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

All'interno dell'Azienda, sono stati identificati i rischi specifici di n. 47 processi, corredati del relativo registro dei rischi.

I registri dei rischi sono consultabili nella area Intranet aziendale alla sezione "Prevenzione della Corruzione e Internal Auditing/gestione del rischio"

Trattamento del rischio: misure specifiche e azioni di miglioramento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici: valutare l'applicazione e l'adeguatezza delle misure esistenti prima di identificarne di nuove;
- capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: per ogni evento rischioso rilevante si deve individuare almeno una misura potenzialmente efficace e deve essere preferita quella con un miglior rapporto costo/efficacia;
- adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione;
- gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

Le misure sono valutate considerando le seguenti dimensioni:

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

Anche il rischio residuo viene valutato in base ad un approccio di tipo qualitativo secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto. Per ottenere la

valutazione del rischio residuo si è effettuata una media pesata del punteggio assegnato ad ogni dimensione ed una successiva normalizzazione per riportare il valore in una scala da 1 a 4.

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

Data l'importanza strategica della mappatura dei processi, dell'identificazione, analisi e ponderazione dei rischi, nonché del relativo trattamento attraverso l'individuazione delle misure di trattamento, generali e specifiche, nella presente sezione del PIAO vengono individuati gli obiettivi che l'Azienda intende perseguire nel corso del triennio 2024-2026 al fine di consentire un'adeguata gestione e prevenzione del rischio corruttivo, obiettivi collegati alle strategie individuate dall'Azienda per creare Valore pubblico e che si affiancano agli obiettivi in tema di performance.

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

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|--|---|--------------------|--------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici | Valutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione | Questionari di autovalutazione dei processi mappati | 100% | 100% | Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione |
| | Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA | Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo | 10% | 10% | Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione |
| | Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR) | Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste | 100% | 100% | Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione |
| | Valutazione ed eventuale aggiornamento dei registri dei rischi relativi all'affidamento e all'esecuzione dei contratti pubblici, che impattano anche sulla gestione fondi PNRR, valutando altresì il rischio riciclaggio | Numero di registri valutati rispetto al numero di registri esistenti | 100% | 100% | Owner dei processi interessati Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, Ufficio Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione |

Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

La formazione

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

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

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

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

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

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

Il D.P.R. 81/2023, che ha integrato i doveri di comportamento previsti dal D.P.R. 62/2013, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. Tali materie saranno pertanto oggetto di formazione ai dipendenti dei prossimi anni.

Nel corso del 2023 è stata realizzata la seguente attività formativa:

- corso di formazione "La prevenzione della corruzione: dalle misure generali ai registri dei rischi" rivolto al personale tecnico e veterinario del Dipartimento di prevenzione, tenuto da personale interno dell'UOC Affari generali e dell'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo, sviluppatosi in n. 3 edizioni;
- somministrazione della FAD sul codice di comportamento;
- corso di formazione "La trasparenza amministrativa tra regole dell'etica pubblica, del procedimento amministrativo e della protezione dei dati personali: accesso ai documenti amministrativi, accesso civico e obblighi di pubblicazione", rivolto ai Direttori delle unità operative con processi a rischio corruttivo, e un loro collaboratore, oltre che ai Direttori delle unità operative distrettuali, tenuto da un relatore esterno, sviluppatosi in n. 2 edizioni.

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

Nel corso del 2023 si è continuato ad implementare e aggiornare l'area intranet dedicata alla gestione del rischio corruttivo, ritenendo la stessa un fondamentale veicolo delle informazioni relative alla materia, soprattutto in considerazione della maggiore accessibilità della stessa da parte del personale dipendente.

Lo stato di conoscenza da parte del personale dipendente della strategia aziendale in tema di prevenzione della corruzione è stato monitorato attraverso l'effettuazione degli audit integrati da parte della UOSD Gestione dei sistemi della qualità, che hanno dato esito positivo, pur richiedendo delle attività di rinforzo su determinate tematiche.

Nel Piano formativo aziendale 2024, approvato dal Comitato scientifico nel corso della riunione del 13 dicembre 2023, e adottato con DDG n. 2624 del 29.12.2023, sono stati inseriti specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale sul codice di comportamento, nonché un corso residenziale sulla prevenzione della corruzione per parte del personale dei Distretti socio sanitari.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|---|--|--------------------|--------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione | Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo | 100% | 100% | Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione |
| | Formazione dei neoassunti | Personale formato rispetto al personale neoassunto | 100% | 100% | Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione |
| | Formazione dei referenti del RPCT | Personale formato rispetto al numero dei referenti | 75% | 80% | Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOSD Formazione |

La rotazione ordinaria del personale

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

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

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

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

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

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

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

In ogni caso, ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria, come indicato da ANAC, è necessario operare scelte organizzative e/o adottare altre misure che possano avere effetti analoghi (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di

condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in team).

Nel corso dell'anno l'Azienda, con DDG n. 1908 del 06.10.2023, ha provveduto ad adottare il "Regolamento aziendale per l'individuazione, la graduazione e l'attribuzione degli incarichi di posizione, di funzione organizzativa e di funzione professionale del personale dei ruoli sanitario, socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale, ai sensi del CCNL del comparto sanità 2019/2021".

Inoltre, con DDG n. 1994 del 23.10.2023, è stato adottato il "Regolamento aziendale disciplinante il sistema degli incarichi dirigenziali dei ruoli: professionale-tecnico-amministrativo del servizio sanitario nazionale". Successivamente, si è quindi provveduto ad istituire gli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale del personale del comparto sanità - ruoli amministrativo, tecnico, sanitario e socio sanitario, e ad indire gran parte degli avvisi interni per il conferimento degli stessi. Entro fine anno si è quindi proceduto al conferimento di quasi tutti gli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale del ruolo tecnico e amministrativo, con decorrenza 01.01.2024, nonché di parte di quelli dei ruoli sanitario e socio sanitario. Nel contempo sono stati prorogati i rimanenti incarichi di funzione, nelle more dell'espletamento delle relative procedure di selezione da concludersi non oltre il 2024.

Inoltre, nel corso dell'anno, sono state espletate le procedure relative all'attribuzione di n. 4 incarichi di direttore di unità operativa complessa PTA, nonché di un sostituto, che hanno portato ad effettuare la rotazione di alcuni incarichi dirigenziali con decorrenza 01.03.2024.

È inoltre stato definito, da parte di diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione aziendale (SPISAL, SIAN, SISP, SSA, SIAOA, SIAPZ, SCAA), con il supporto dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, il Regolamento del personale con funzioni di vigilanza e controllo del comparto afferente ai servizi del Dipartimento di prevenzione", che è stato trasmesso alla UOC Gestione delle risorse umane per il seguito di competenza con nota prot. n. 223437 del 22.12.2023 a firma del Direttore del Dipartimento di prevenzione.

Le unità operative interessate applicano già parte dei criteri previsti per garantire la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale del personale che effettua ispezioni, codificati nel predetto regolamento, al fine di assicurare l'imparziale svolgimento delle attività.

Nell'anno 2023, laddove non è stato possibile attuare la rotazione, gran parte delle unità operative ha attuato misure alternative (come per esempio la segregazione delle funzioni, l'applicazione di strumenti per garantire una maggiore trasparenza, il ricorso al lavoro in gruppi e a controlli a campione), spesso previste nei propri registri dei rischi, dando evidenza della relativa applicazione nelle relazioni di monitoraggio trasmesse al RPCT.

Anche nel corso del 2024 l'Azienda continuerà a valutare la possibilità di attuare, nelle aree a più elevato rischio corruttivo, la rotazione del personale, avendo cura di fare ricorso, in alternativa, come indicato da ANAC, all'applicazione di misure che possano avere effetti analoghi.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|---|--|--------------------|--------------------------|--|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire la rotazione ordinaria del personale | Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative | Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative | Sì | Sì | Owner dei processi |
| | Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione | Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/territoriale sul numero delle ispezioni totali | 100% | 100% | Direttori dei servizi del Dipartimento di prevenzione in cui opera personale tecnico della prevenzione |
| | Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale | Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei | 6 | 12 | UOS Professioni sanitarie del dipartimento di prevenzione |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | tra il personale tecnico della prevenzione | criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale nelle ispezioni | | | |
|--|--|---|--|--|--|

La rotazione straordinaria del personale

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

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

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

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

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

Nell'anno 2023 non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva.

Nel corso del 2023 è stato definito, da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione e della UOC Gestione risorse umane, il Regolamento per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, approvato con DDG n. 2349 del 15.12.2023 e pubblicato in Amministrazione trasparente.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|---|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti | Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria | Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori | 100% | 100% | Direttori dei servizi |

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

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

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

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

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

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

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

A seguito di specifica richiesta avanza dal RPCT con nota in data 31 marzo 2023, al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

Nell'anno 2023 sono pervenute n. 42 segnalazioni di violazione del codice di comportamento nazionale e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'Azienda, di cui 33 accertate e sanzionate a seguito dell'avvio e conclusione dei relativi procedimenti disciplinari.

Inoltre, l'RPCT ha cominciato a chiedere di effettuare delle verifiche a campione relativamente al rispetto di alcune disposizioni del Codice.

In considerazione delle modifiche apportate al DPR n. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, da parte del DPR n. 81 del 13.06.2023, entrate in vigore il 29.06.2023, l'Azienda ha avviato la revisione Codice di comportamento aziendale.

La versione aggiornata del DPR 62/2013 è stata trasmessa a tutto il personale dipendente e convenzionato attraverso nota prot. n. 213237 del 05.12.2023 a firma del Direttore generale e mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale. Il Codice è altresì pubblicato all'interno di Amministrazione trasparente e nell'intranet aziendale, nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

In attesa di poter addivenire ad un documento organico, si è nel frattempo proceduto a diffondere le novità introdotte nel DPR n. 62/2013, comunque già sommariamente contemplate all'interno dell'attuale codice aziendale, attraverso delle specifiche regolamentazioni:

- il regolamento recante la Social media policy aziendale, adottato con DDG n. 1790 del 22.09.2023;
- l'aggiornamento delle "Istruzioni operative sulla gestione della posta elettronica", comunicate a tutto il personale dipendente e convenzionato con nota prot. n. 206533 del 23.11.2023 a firma del Direttore generale, al fine di sviluppare nei dipendenti e in tutti gli utilizzatori di casella di posta elettronica la consapevolezza delle azioni individuali che possono esporre l'Amministrazione ad attacchi informatici di vario tipo e di garantire l'adozione di misure preventive adeguate a garantire un'adeguata sicurezza informatica (c.d. *cybersicurezza*).

L'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha altresì proceduto all'elaborazione di un documento di sintesi delle principali disposizioni contenute nel Codice di comportamento, al fine di rendere più agevole la diffusione dello stesso tra il personale dipendente: tuttavia, in considerazione delle novità intervenute nella materia, il "decalogo" verrà rivisto e diffuso all'esito dell'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale.

Nel corso del 2023 è continuata la somministrazione della specifica FAD sul codice di comportamento al personale dipendente.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Rispetto e diffusione del codice di comportamento | Aggiornamento del Codice di comportamento aziendale | Delibera di approvazione aggiornamento codice di comportamento aziendale | Sì | sì | Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane |
| | Predisposizione e di un documento riassuntivo delle principali regole di comportamento | Documento predisposto | Sì | sì | Ufficio trasparenza e anticorruzione, UOC Gestione delle risorse umane, URP |
| | Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute | Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute | 100% | 100% | Ufficio per i procedimenti disciplinari |

Il conflitto di interessi

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

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

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

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

Procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi

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

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

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

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

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

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

Il D. Lgs. 36/2023, all'art. 16, ha definitivamente delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. La normativa impone al personale che versa in situazioni di conflitto di interessi di darne comunicazione alla stazione appaltante e di astenersi dal partecipare alle stesse e alle stazioni appaltanti di adottare misure adeguate per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti e delle concessioni e di vigilare affinché gli adempimenti di cui in capo ai dipendenti siano rispettati. Questa disposizione va coordinata con l'art. 95, co. 1, lett. b), il quale prevede come causa di esclusione non automatica la partecipazione dell'operatore economico che determini una situazione di conflitto di interesse di cui all'articolo 16 non diversamente risolvibile.

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

Nel corso dell'anno inoltre è stato definito il modulo sul conflitto di interessi da utilizzare per i dipendenti del Dipartimento di prevenzione che svolgono funzioni ispettive, reso fruibile da parte di tutte le unità operative mediante pubblicazione nell'area intranet dedicata alla prevenzione della corruzione.

È stato previsto altresì un modulo per agevolare l'eventuale comunicazione di situazioni di conflitto di interessi, sempre pubblicato nella predetta area intranet.

Nel corso del 2023 è stata proseguita l'attività di campionamento e monitoraggio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti aziendali ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA.

Dalle relazioni pervenute al RPCT, è stato confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2024 si continuerà nell'attività di definizione di moduli tipo da utilizzare per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Gestione e prevenzione del conflitto di interessi | Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse | Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

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

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

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

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

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

Nel corso dell'anno gli Uffici competenti hanno proceduto a richiedere le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità come previsto dalla normativa e dalle deliberazioni di ANAC in materia e non sono emersi elementi o pervenute segnalazioni che abbiano messo in dubbio quanto dichiarato.

La UOC Affari generali e legali ha effettuato le verifiche di competenza sulle dichiarazioni di incompatibilità rilasciate dai componenti della Direzione strategica attraverso la consultazione dell'Anagrafe degli amministratori locali e regionali, istituita presso il Ministero dell'interno e liberamente accessibile, che non hanno evidenziato situazioni di incompatibilità.

La UOC Gestione delle risorse umane ha effettuato le verifiche sulle dichiarazioni di inconferibilità rese per l'attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa dell'area sanitaria, attraverso la consultazione del casellario giudiziale.

Nell'anno 2024 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|---|---|--------------------|--------------------------|--|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi | Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato | Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti | 100% | 100% | UOC Affari generali e legali, UOC Gestione risorse umane |

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

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

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

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

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

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno inoltre dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2023 le dichiarazioni ex art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali.

Nel corso del 2024 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|--|---|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 | Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 | Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di gara nominati | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |

Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

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

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

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18, d.lgs. n. 33/2013 e 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Ad ogni buon fine, si rappresenta che nel 2023 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Nel corso del 2023 è stato adottato il nuovo "Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extraistituzionali del personale dipendente", approvato con DDG n. 1194 del 16.06.2023 e pubblicato in Amministrazione trasparente.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|---|--|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali | Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti | Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese | 100% | 100% | UOC Gestione risorse umane |
| | Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati | Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute | 100% | 100% | UOC Gestione risorse umane |

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

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

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

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

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

Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate, è emerso che le unità operative Provveditorato e Servizi tecnici e patrimoniali applicano la disciplina relativa al *pantouflage*, inserendo specifiche clausole nella documentazione di gara e richiedendo ai partecipanti apposite dichiarazioni a riguardo.

La UOC Gestione risorse umane consegna uno specifico modello di informativa sul *pantouflage* e relativa dichiarazione al personale che cessa del comparto e della dirigenza afferente ad una serie di unità operative considerate maggiormente esposte al rischio di *pantouflage*.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|---|---|---|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i> | Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara | Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |
| | Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell'anno | Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione | 100% | 100% | UOC gestione risorse umane |

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

L'istituto del whistleblowing è stato novellato nel corso del 2023 con l'adozione del D.Lgs. 10 marzo 2023 n. 24, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali", nonché dalle linee guida di ANAC, adottate con delibera 311 del 12 luglio 2023, relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne.

Il whistleblower è la persona che segnala al RPCT o all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all'autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo.

La recente normativa ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate, perchè lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato.

Le segnalazioni, che devono essere effettuate sempre nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica, possono avvenire tramite uno dei seguenti canali:

1. interno (nell'ambito del contesto lavorativo);
2. esterno (ANAC);
3. divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
4. denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

L'Azienda per quanto riguarda l'istituzione del canale interno di segnalazione prevede che la segnalazione possa essere effettuata:

- attraverso apposito strumento informatico di crittografia
- in forma scritta con consegna al RPCT.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT, il quale, una volta ricevuta la segnalazione, avvisa il segnalante del ricevimento della segnalazione entro 7 giorni, ed è tenuto a definire l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento.

L'Azienda assicura le tutele previste dalla normativa, quali:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate;
- la sottrazione della segnalazione all'accesso agli atti amministrativi e all'accesso civico generalizzato;
- la protezione del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate nella segnalazione dalle ritorsioni poste in essere in ragione della segnalazione;
- la causa di non punibilità per chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali ovvero se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

Le suddette tutele non sono garantite quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

Il Regolamento aziendale in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o di irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*), aggiornato a fine 2022 con la DDG n. 2518 del 30.12.2022, è stato sostituito dal Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'unione europea (c.d. *whistleblowing*), approvato con DDG n. 1413 del 13.07.2023, al fine di consentire l'adeguamento della disciplina aziendale a quanto previsto dalla nuova e dalle specifiche linee guida aggiornate da ANAC in materia.

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

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

L'adozione del nuovo regolamento è stata comunicata a tutto il personale con nota prot. n. 130154 del 14.07.2023 a firma del Direttore generale e mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale.

Inoltre, si è provveduto a rendere note le informazioni sui canali di segnalazione anche attraverso specifica informativa esposta all'interno dei locali aziendali come previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 24/2023.

Nel corso dell'anno, si è provveduto ad implementare la pagina di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione di illeciti, specificandone meglio il contenuto. Al fine di consentire la fruibilità della stessa, è stato inserito un link nell'area intranet del sito aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione.

All'interno della FAD sul codice di comportamento è prevista una specifica sezione dedicata all'istituto del *whistleblowing*, aggiornata in corso d'anno a seguito delle novità normative intervenute.

Durante l'anno sono pervenute n. 3 segnalazioni di cui 1 anonima: anche quest'ultima è stata presa in carico. La gestione di 2 di tali segnalazioni da parte dell'ufficio trasparenza e anticorruzione, per quanto di competenza, si è conclusa nel corso del 2023, mentre la terza si è conclusa ad inizio 2024.

Nel corso del 2024 si continuerà nell'attività di diffusione della conoscenza della procedura e della piattaforma per le segnalazioni e in quella di gestione delle eventuali segnalazioni ricevute.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti | Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali | Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute | 100% | 100% | RPCT |

Protocollo di legalità e Patti di integrità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali, Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono gare, hanno dichiarato, relativamente al 2023, di inserire il patto di integrità nella documentazione di gara.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|---|--|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità | Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi | Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |

La trasparenza

Gli obblighi di pubblicazione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'anno 2023 gli obblighi e le modalità di pubblicazione dei dati e delle informazioni relativi alla sezione di Amministrazione trasparente "Bandi di gara e contratti" sono state più volte modificate.

Il PNA 2022, adottato con delibera di ANAC n. 7 del 17.01.2023, ha apportato alcune modifiche agli obblighi di pubblicazione, correlate soprattutto agli affidamenti dei contratti PNRR.

Successivamente, è stato adottato il nuovo codice degli appalti, di cui al D.Lgs. 36/2023, che ha introdotto norme specifiche in materia di trasparenza dei dati e delle informazioni relative a questo settore dell'attività amministrativa, basate - in coerenza con il principio di digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici - sulla valorizzazione del principio dell'unicità dell'invio (*only once*), in base al quale ciascun dato è fornito una sola volta ad un solo sistema informativo.

Le attività e i procedimenti relativi al ciclo di vita dei contratti pubblici debbono essere svolti mediante le piattaforme e i servizi infrastrutturali digitali delle singole stazioni appaltanti e sono oggetto di comunicazione obbligatoria alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici, di cui è titolare ANAC.

Costituisce onere di ANAC garantire la pubblicazione in formato aperto dei dati ricevuti dalle singole stazioni appaltanti, dovendo queste ultime assicurare il collegamento tra la loro sezione "Amministrazione trasparente" del sito e la BDNCP (art. 28, comma 2 e 3 del D.Lgs. 36/2023).

Le modifiche apportate alla normativa specifica e le indicazioni fornite da ANAC con l'aggiornamento 2023 al PNA 2022 nonché con le delibere n. 261/2023, n. 264/2023 come modificata dalla delibera n. 601/2023 e n. 582/2023, rendono necessario un aggiornamento delle modalità di pubblicazione dei dati richiesti con riferimento alla sezione di Amministrazione trasparente "Bandi di gara e contratti", a cui si provvederà nel corso dell'anno.

In particolare, ai sensi di quanto definito dalla delibera ANAC n. 264/2023, come modificata dalla delibera n. 601/2023, al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di cui all'articolo 37 del decreto trasparenza, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti comunicano tempestivamente alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del citato decreto, tutti i dati e le informazioni, individuati nell'articolo 10 del provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. La trasmissione dei dati alla BDNCP è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale di cui agli articoli 25 e 26 del codice secondo le modalità previste nel provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. Ai fini della trasparenza fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC ai sensi dell'articolo 23 del codice. Tale collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza dell'intera procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato 1) alla delibera ANAC n. 264/2023.

Nella delibera n. 582/2023 ANAC ha invece precisato che l'assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31.12.2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi, come indicato al paragrafo precedente. Le stazioni appaltanti sono tenute a comunicare e aggiornare tempestivamente, cioè nell'immediatezza della loro produzione, i suddetti dati attraverso Simog, ai fini e per gli effetti del decreto legislativo n. 33/2013. Le stazioni appaltanti pubblicano in Amministrazione Trasparente (AT), sottosezione Bandi e contratti, anche il link tramite il quale si accede alla sezione della BDNCP dove sono pubblicate, per ogni procedura di affidamento associata a un CIG, tutte le informazioni che le stazioni appaltanti hanno trasmesso attraverso Simog. La trasmissione dei dati attraverso Simog esonera le stazioni appaltanti dalla pubblicazione degli stessi nella sezione Amministrazione Trasparente. I dati che non vengono raccolti da Simog e che devono essere ancora pubblicati in AT, ove non già pubblicati alla data del 31.12.2023, sono i seguenti:

| | |
|---|---|
| <p>In caso di CIG acquisiti con Simog</p> | <p>Elenco dei soggetti invitati <i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive al perfezionamento del CIG:</i> dati relativi all'aggiudicazione/esito della procedura <i>Per tutte le fattispecie per le quali non è obbligatorio l'invio delle schede successive all'aggiudicazione:</i></p> |
|---|---|

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti della commissione di collaudo - modifica contrattuale e varianti - accordi bonari e transazioni - certificato collaudo/reg esecuzione/verifica conformità - resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione <p><i>Per gli affidamenti in house:</i> Atti connessi agli affidamenti in house</p> |
| In caso di SmartCIG acquisiti entro il 31 dicembre 2023 | <ul style="list-style-type: none"> - Denominazione e codice fiscale dell'aggiudicatario - importo delle somme liquidate - tempi di completamento del contratto e resoconti della gestione finanziaria al termine dell'esecuzione |

Per le procedure in argomento (ossia quelle avviate fino al 31.12.2023 e non concluse entro la stessa data in base al decreto legislativo n. 50/2016 ovvero secondo il decreto legislativo n. 36/2023), occorre pubblicare in AT gli atti e i documenti individuati dall'allegato I alla delibera ANAC n. 264/2023 e successive modificazioni e aggiornamenti. Nel caso in cui i suddetti atti e documenti siano già pubblicati sulle piattaforme di approvvigionamento digitale, ai sensi e nel rispetto dei termini e dei criteri di qualità delle informazioni stabiliti dal decreto legislativo n. 33/2013 (articoli 6 e 8, comma 3) è sufficiente che in AT venga indicato il link alla piattaforma in modo da consentire a chiunque la visione dei suddetti atti e documenti.

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

Nel 2023 l'esito dell'attività di monitoraggio è il seguente: completezza dei dati e della modalità di pubblicazione entro i termini previsti dalla legge.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 4.7.2023, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 203/2023, la cui griglia di rilevazione è consultabile al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>.

| Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino | | | | | |
|--|--|------------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità | Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO | Rispetto obblighi di pubblicazione | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |
| | Monitoraggio pubblicazioni | Report controlli | Sì | Sì | UOC Affari generali e legali |

L'accesso civico

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

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

L’Azienda, con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l’esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti. Dall’anno 2016 l’UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all’Azienda con indicazione dell’oggetto, la data dell’istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016. Al fine di rendere maggiormente fruibile l’esercizio del diritto, nel corso dell’anno si è provveduto a rendere ancora più chiaro e completo il contenuto della relativa pagina dedicata del sito internet aziendale.

| Obiettivo strategico 2 - Migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Assicurare l’effettivo esercizio del diritto di accesso civico | Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi | Registro aggiornato e pubblicato | Sì | Sì | UOC Affari generali e legali |
| | Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge | Protocollo di evasione nei termini di legge | 100% | 100% | Owner dei processi interessati |

Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

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

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

Rendicontazione e diffusione

Secondo la ISO 31000 2018, si devono stabilire i meccanismi di comunicazione e *reporting* interni ed esterni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli *owner* dei processi e a tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall’Amministrazione o ne siano in qualche modo coinvolti (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

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

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

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

A tal fine l’Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l’invio di eventuali proposte e

contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 19 dicembre 2023, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

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

Il PIAO 2024-2026 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

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

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

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

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

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

Con riferimento all'anno 2023, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale in data entro il 31.01.2024 (come stabilito da ANAC), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all'OIV con specifica nota.

Entro lo stesso termine inoltre l'RPCT trasmetterà ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell'avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

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

Per tale motivo, anche quest'anno è stata realizzata, in data 12 dicembre 2023, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti.

Anche nel 2024 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli stakeholders sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

| Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino | | | | | |
|---|---|--|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Rendicontazione e diffusione | Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione | Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Sì | Sì | RPCT |

| | | | | | |
|--|---|--|----|----|---|
| | ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza | | | | |
| | Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV | Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV | Sì | Sì | RPCT |
| | Realizzare iniziative di coinvolgimento degli stakeholders | Invito ad iniziative | Sì | Sì | Ufficio relazioni con il pubblico, Ufficio trasparenza e anticorruzione |

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

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

Il successo di un’azienda deriva dalla sua capacità di valorizzare al meglio le proprie risorse e tra le tante che un’Azienda deve possedere, sono quelle umane, che hanno un ruolo centrale nel processo di creazione del valore di un’organizzazione.

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

Il successo di un’azienda, non dipende quindi solo dal management, che può avere idee più o meno eccellenti o innovative, ma anche e soprattutto dai suoi collaboratori, che devono seguire e condividere la *mission* aziendale.

La selezione e gestione delle risorse umane è quindi un momento fondamentale nella vita di un’organizzazione, poiché avere le “giuste” competenze è un elemento che può fare la differenza.

Non bisogna solo possedere delle risorse umane, ma bisogna anche infondere in queste una giusta dose di motivazione, così da creare un team, che lavori sinergicamente per il conseguimento degli obiettivi aziendali. Uno dei compiti di coloro che nelle organizzazioni si occupano di gestire e sviluppare le risorse umane è infatti proprio quello di valorizzarle sino a renderle autentico capitale sociale.

Diventa quindi fondamentale valutare le potenzialità possedute dai lavoratori e sviluppare in questi, competenze coerenti con il ruolo da ricoprire.

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

E’ necessario, quindi, assumere un approccio strategico nella gestione del personale, poiché questo ha un impatto positivo sulle performance aziendali. A tal fine la Direzione Risorse Umane ha un ruolo chiave nell’Azienda, tra i suoi compiti, infatti, vi è anche quello di saper stabilire compiti e responsabilità e regolare l’attività lavorativa così da poter raggiungere gli obiettivi aziendali tramite la gestione e valorizzazione del capitale umano: i lavoratori, che sono appunto la risorsa cruciale e la principale fonte di vantaggio competitivo.

Il ruolo e l’influenza della Direzione Risorse Umane, la sua collocazione all’interno dell’organizzazione, le sue dimensioni e molte altre sue caratteristiche sono influenzate da fattori contingenti, come la tecnologia, le dimensioni aziendali, il contesto istituzionale e sociale, la cultura aziendale, ecc., tuttavia molto dipende anche dal modo in cui gli attori aziendali interpretano il loro ruolo, entrano in relazione tra loro e colgono le opportunità dell’ambiente interno ed esterno.

La Direzione Risorse Umane è all’interno dell’organizzazione aziendale partner indispensabile non solo della Direzione Strategica ma anche di tutte le divisioni aziendali.

Le principali attività che svolge la Direzione Risorse Umane sono:

- la pianificazione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la valutazione e la gestione delle carriere;
- la retribuzione;
- la gestione e applicazione degli istituti contrattuali derivanti dai CCNL;
- la gestione e di tutte le incombenze relative alla conclusione del percorso lavorativo.

La pianificazione del personale si occupa di analizzare l’organico aziendale e la sua composizione, unitamente alla strategia dell’azienda e all’ambiente esterno, cercando di prevedere i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di questi e le modalità con cui colmare gli eventuali gap di personale attraverso attività di reclutamento, sviluppo e compensazione delle risorse umane. Il reclutamento comprende pratiche e attività svolte per identificare e attrarre potenziali dipendenti.

Nel 2023 l’Azienda contava in organico n. 9391 dipendenti di cui n. 1460 appartenenti alla dirigenza e n. 7931 appartenenti al comparto.

Per quanto riguarda la valutazione, questa è un’attività fondamentale della Direzione Risorse Umane, in collaborazione con tutte le Direzioni, poiché, serve per attribuire un valore oggettivo al lavoro svolto dal

personale di afferenza. Oggetto della valutazione possono essere la prestazione, le competenze, la posizione, l'aggiornamento e/o formazione e il potenziale della persona.

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

La Direzione strategica dell'Azienda ULSS2 promuove la formazione permanente, o continua, quale strumento necessario per ottimizzare le risorse umane e per favorire il cambiamento organizzativo in grado di "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale" (art. 16 bis del D. Lgs. 502/92), in quest'ottica, promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva, e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella responsabilità, la gratificazione professionale, nel quadro di strategie incentivanti e con il supporto nella formazione e dell'aggiornamento finalizzato.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce, quindi, un impegno prioritario della Direzione Generale e dei livelli dirigenziali dell'Azienda e si sviluppa nel rispetto della normativa del D. Lgs. 229/1999, della normativa regionale, dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) e riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le organizzazioni sindacali e coadiuvato dalle specifiche iniziative del Collegio di Direzione, si concretizza mediante progetti e programmi specifici definiti dall'Azienda e realizzati prioritariamente all'interno della stessa.

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

I progetti di formazione sono elaborati attraverso il coinvolgimento delle responsabilità e delle competenze presenti in Azienda; essi devono altresì prevedere specifiche verifiche che permettano di poter valutare l'efficacia dei risultati acquisiti.

A tal fine l'Azienda, con deliberazione n. 2623 del 29.12.2023, ha adottato il piano formativo aziendale per l'anno 2024, qui integralmente richiamato.

L'Azienda, attraverso una metodologia trasparente e basata su elementi di oggettività, definisce la mappatura complessiva e la graduazione delle singole posizioni di cui necessita, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione. A ciascun incarico è correlata una funzione graduata in maniera oggettiva collegata a un valore economico determinato negli importi fissati dal CCNL e nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

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

Tutti gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale ai Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal CCNL, nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

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

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

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

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

L'individuazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire è preceduto da apposito avviso che deve tener conto dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

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

Struttura Organizzativa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il vigente atto aziendale con deliberazione n. 1101 del 5.6.2023, aggiornato con deliberazione n. 1229 del 23.6.2023 e con deliberazione n. 1504 del 24.7.2023, consultabile alla seguente sezione del sito internet aziendale <https://www.aulss2.veneto.it/Azienda-ULSS2-Marca-trevigiana>.

Organizzazione del lavoro agile

Premessa

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, aggiornate alla Direttiva del 29 dicembre 2023 del Ministro per la Pubblica Amministrazione (valida dal 1 gennaio 2024) nonché con quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento pertanto al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, come previsto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 articolo 6.

Definizione di lavoro agile

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

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

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

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

Riferimenti normativi

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

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

Con la **Legge 22 maggio 2017, n. 81**, "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" è stato introdotto nell'ordinamento italiano il lavoro agile (o Smart Working). Il Capo II disciplina il "lavoro agile" prevedendone

l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rendendo possibile svolgere la prestazione lavorativa *"in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva"*.

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

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

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

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

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

La **Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023** ha previsto che il quadro odierno ha fatto ritenere superata l'esigenza di prorogare ulteriormente i termini di legge che stabilivano l'obbligatorietà del lavoro agile per i lavoratori che, solo nel contesto pandemico, sono stati individuati quali destinatari di una specifica tutela: Tale Direttiva evidenzia altresì la necessità di garantire, ai lavoratori che documentino gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, personali e familiari di svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile.

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

Livello di attuazione

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana aveva avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81/2017.

L'Azienda successivamente aveva risposto prontamente all'urgenza di attivare la modalità di lavoro agile dettata dalle misure necessarie per il contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, consentendo ai Responsabili di ciascun servizio di mettere in sicurezza e collocare in agile i propri collaboratori sulla base della tipologia di lavoro svolto.

Cessato lo scenario emergenziale, in attuazione delle disposizioni contenute nel Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione del 08/10/2021 che aveva disciplinato, a partire dal 15 ottobre, il rientro in presenza per tutti i dipendenti della Pubblica Amministrazione, l’Azienda ULSS 2 Marca trevigiana ha provveduto a dare esecuzione a tali direttive.

Il personale (precedentemente impiegato in modalità agile), è pertanto rientrato in presenza salvaguardando i lavoratori “fragili” ed i dipendenti che hanno presentato urgenti e non diversamente conciliabili situazioni di salute, personali e familiari.

Nelle tabelle che seguono è stato rappresentato il livello di attuazione del lavoro agile all’interno dell’Azienda Ulss 2 Marca trevigiana, con riferimento all’anno 2023, mediante l’analisi relativa a:

- l’incidenza degli smart workers rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2023;
- la ripartizione degli smart workers per genere;
- la ripartizione degli smart workers per classi di età;
- l’utilizzo del lavoro agile come strumento di tutela per i lavoratori fragili.

Si sono inoltre analizzati i dati, in comparation con il 2022 e relativi scostamenti, relativi a:

- il numero dei dipendenti che hanno utilizzato il lavoro agile;
- il totale dei giorni lavorati in smart working (dal 01-01-2023 al 31-12-2023);
- la media dei giorni lavorati in agile da ciascun dipendente.

Tabella 1: composizione smart workers 2023

| | |
|---|-----|
| n. lavoratori agili | 193 |
| incidenza lavoratori agili vs tot. dipendenti al 31/12/2023 | 2% |
| incidenza dipendenti fragili vs tot. smart workers | 11% |

L’Azienda ha sempre prestato particolare attenzione al benessere dei dipendenti, sostenendo e supportando, in primis, chi versa in situazioni di fragilità e/o difficoltà, utilizzando il lavoro agile come uno degli strumenti per favorire il welfare aziendale.

Tabella 2: dati riepilogativi 2023

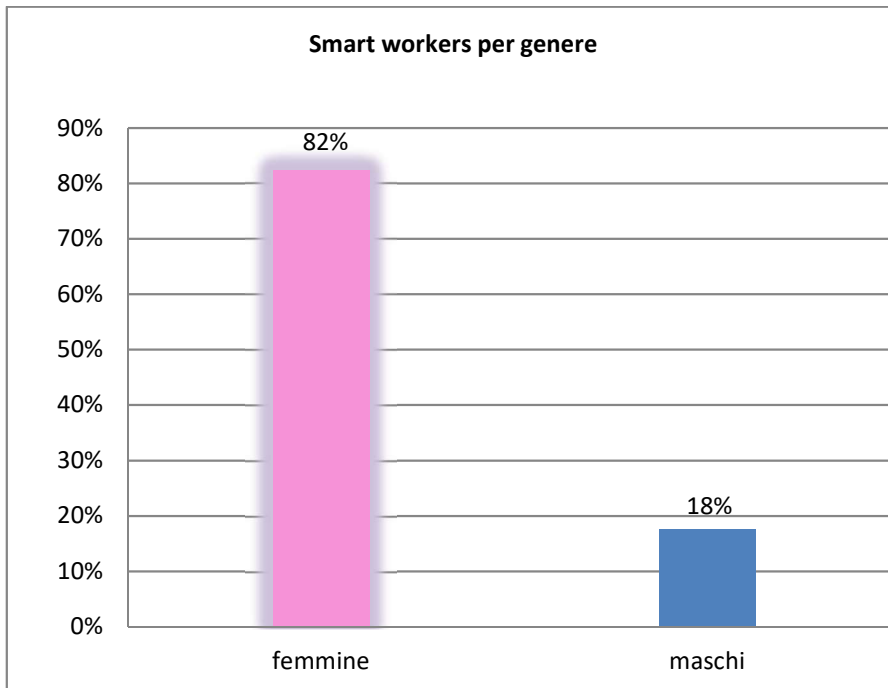


Tabella 3: 2023 vs 2022

Δ 2023 vs 2022

| | |
|---|------|
| tot. n. dipendenti che hanno utilizzato agile | -35% |
| totale giorni lavorati in smart working | -21% |
| media giorni/dipendente | 21% |

Tabella 4: suddivisione smart workers per classi di età

| range | incidenza |
|-----------------|-----------|
| da 29 a 35 anni | 9% |
| da 36 a 45 anni | 34% |
| da 46 a 55 anni | 38% |
| >56 anni | 19% |

È stata analizzata l'età della popolazione dei lavoratori agili, ricondotta a quattro macro-classi. Considerato quindi il totale dei lavoratori agili per l'anno 2023, la maggioranza di essi appartiene ai due range centrali ovvero da 36 a 45 anni e da 46 a 55 anni, rispettivamente il 34% e 38%; segue la fascia over 56 anni con il 19% mentre l'incidenza della fascia da 29 a 35 anni si attesta al 9%.

Modalità attuative

A seguito dell'entrata in vigore del nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del comparto Sanità Triennio 2019-2022 e della Direttiva Ministeriale del 29 dicembre 2023, l'Azienda sta lavorando alla revisione di quanto già predisposto al fine di adeguarsi alle disposizioni in argomento di recente emanazione.

Fattori abilitanti

I c.d. fattori abilitanti costituiscono i presupposti che aumentano la probabilità di successo di una determinata misura organizzativa come, nel caso di specie, l'introduzione e l'evoluzione del lavoro agile.

L'Azienda intende procedere ad effettuare un'analisi puntuale volta a individuare eventuali elementi critici che possono ostacolare l'implementazione del lavoro agile e rilevare gli eventuali fattori abilitanti che potrebbero favorirne il successo.

Piano formativo

L'Azienda Ulss 2 Marca trevigiana riconosce l'importanza della formazione come leva di sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti e promuove percorsi formativi volti a potenziare le competenze manageriali, organizzative nonché digitali, necessarie per agevolare lo svolgimento della prestazione lavorativa anche in modalità agile; si sta pertanto predisponendo la definizione delle specifiche iniziative formative.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

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

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

Programma di sviluppo del lavoro agile e conclusioni.

L'Azienda, per quanto non già disposto, provvederà agli adeguamenti derivanti dalle recenti disposizioni in materia di Lavoro Agile, proseguendo contestualmente a sostenere il welfare aziendale, nel rispetto della normativa vigente.

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2024-2026, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

Piano triennale dei fabbisogni del personale

Piano triennale dei fabbisogni del personale

Il Piano dei Fabbisogni di Personale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2274 del 1° dicembre 2023, è stato redatto tenuto conto della nota regionale del 9 novembre 2023, prot. n. 605039 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale con cui è stato disposto che le Aziende ed enti del SSR debbano provvedere all'aggiornamento del piano già presentato e approvato per l'anno 2023 e alla stesura del piano 2024-2025-2026.

Con nota prot. 1389 C.101 del 2/01/2024 la Regione del Veneto ha ritenuto il Piano triennale dei fabbisogni del personale coerente con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018, nonché con le indicazioni operative fornite con la DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

Per la costruzione dello stesso si è tenuto conto, prioritariamente del rispetto dei limiti di spesa provvisori riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali, relative agli anni 2023-2024-2025-2026.

Personale dipendente:

Il lavoro di redazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale è stato redatto tenendo conto prioritariamente dei limiti di spesa, e a seguito di una attenta analisi dell'attuale dotazione di personale, con riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016 (DGRV 1833/2017 – DGRV 245/2017 - DGRV 2238/2016 – DGRV 614/2019 – DGRV 610/2014 DGRV 1035/2019 – DGRV 1501/2022 – DGRV 371/2022 e DGRV 1123/2023) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo anno 2023

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base della soglia massima prevista per l'anno 2023.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo: anni 2024-2025-2026

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2023.

Si precisa che gli importi stimati per gli anni 2024-2026, relativi alle progettualità con specifico finanziamento – incarichi ex art. 7, c.6 del d.lgs 165/2001 indicati in colonna O della tabella A (della delibera 2274/23) – si basano su elaborazioni dello storico finanziato nell'anno 2023.

Per tali stime sono state considerate le seguenti fonti di finanziamento:

- Associazione diabetici Treviso
- Associazione Italiana contro le leucemie – AIL
- AVIS Treviso
- Finanziamento privato

- Fondi Oncologia Ospedale di Treviso
- Fondi Unità di Ricerca Clinica
- Lascito testamentario
- Lega Italiana Fibrosi Cistica
- Finanziamento Europeo
- Finanziamento Regione Veneto

Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive

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

Per il triennio 2024-2026 si espone quanto segue:

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

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

Si precisa che il conteggio tiene conto anche di 1 FTE in aggiunta al personale ad oggi effettivamente inserito, nell’ipotesi di assegnazione di due ulteriori docenti – medici - per i quali è stato espresso all’Università il preventivo assenso all’inserimento in convenzione per l’avvio delle previste procedure selettive di competenza dell’Ateneo (ns. prot. n. 102896/2023 e n.141048/2023).

Per la dirigenza sanitaria è stato indicato 1 FTE riferito a un “tecnico di laboratorio di biologia clinica” equiparato a dirigente biologo, sulla base dei requisiti di ammissione previsti nel bando della procedura selettiva espletata dall’Ateneo.

Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo), gli FTE, invariati, sono stati quantificati considerando l’impegno settimanale a tempo pieno.

Si evidenzia infine che, nell’ambito del Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia con sede a Treviso, giusta DGRV n. 1095/2022 e deliberazione del Direttore Generale n. 1491/2023, potranno aprirsi ulteriori posizioni con valenza assistenziale presso strutture aziendali secondo le procedure in essere, fino a un massimo di 18 docenti sulla base delle previsioni dell’Università degli Studi di Padova.

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

Tabella A, Colonna “E”: l’importo riportato nelle schede 2023 corrisponde a quanto autorizzato per l’acquisto di prestazioni nell’anno 2023. Tale importo è stato riportato anche negli anni successivi in quanto necessario a far fronte alle effettive insufficienze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale e dalle cessazioni dello stesso. Si precisa che è stato escluso l’importo previsto per le prestazioni aggiuntive presso i servizi di emergenza-urgenza di cui alla L.R. n. 12/2022 e DGRV n. 1047/2022.

Tabella A, Colonna “F”: l’importo indicato nella scheda 2023 corrisponde alla previsione di quanto accantonato nell’anno 2023. Per gli anni 2024-2026 viene confermato stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

Tabella A, Colonna “M”: l’importo indicato nella scheda 2023 è stato aggiornato ed è riferito alla convenzione con l’Azienda ULSS n. 1 Belluno, Azienda ULSS n. 3 Serenissima, Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale, Azienda USL di Imola e Istituto Oncologico Veneto.

Tabella B, Colonna "D": analogamente allo scorso anno, il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per teste, tenuto conto del personale già inserito in convenzione, secondo gli specifici profili. Non vi sono autorizzazioni preventive rilasciate per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo che possano avere effetti sull'anno 2023.

Altro Personale non dipendente - Specialistica Ambulatoriale Interna - SAI: anni 2024-2025-2026

Nel rispetto dell'importo del tetto di spesa per gli anni 2024-2025-2026, indicato nelle tabelle ricevute da questa Azienda in data 9 novembre 2023, lo stesso è stato ripartito in percentuale tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente (90% SAI e 10% Sanitari). E' stato valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari a 51,52 euro e per i Professionisti Psicologi e Biologi pari a 40,34 euro – comprensivi delle voci variabili.

Pur tenendo conto che il Piano dei fabbisogni è stato redatto sulla base dei limiti di spesa indicati nelle tabelle ricevute da questa Azienda in data 9 novembre 2023 - prot. n. 536511 C.101 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale - si ritiene doveroso, di seguito, evidenziare l'ulteriore fabbisogno di personale, che non viene tradotto in termini numerici nelle tabelle compilate, in quanto la valorizzazione dello stesso non consentirebbe il rispetto del tetto di spesa comunicato per l'anno 2023 e i successivi.

Personale dipendente (area comparto):

STRUTTURA OSPEDALE

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO ALLA NORMATIVA (610/2014; 614/2019)**

Motivazione:

In seguito alla riorganizzazione aziendale, che negli anni ha visto una graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, la cessione del ramo di azienda allo IOV di alcune unità operative, nonché a seguito delle varie normative che hanno rivisto la dotazione dei posti letto (DGRV 614/2019), in seguito all'aumento della presenza media e dell'attività di Day Hospital, al fine di garantire un'appropriata presa in carico degli assistiti, si chiede adeguamento dell'organico.

Inoltre è richiesto l'adeguamento della dotazione per la Nefrologia di Treviso per l'attività del Centro Trapianti Renali e l'adeguamento nella diagnostica radiologica di Conegliano del personale tecnico per la riorganizzazione delle pronte disponibilità secondo le indicazioni del nuovo CCNL.

Richiesta:

MEDICINA 1 E 2 TREVISO: n. 6 infermieri, 4 OSS

NEFROLOGIA CENTRO TRAPIANTI TREVISO: n. 3 infermieri, n. 4 OSS

NIDO TREVISO: n. 3 OSS

MEDICINA ODERZO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

GERIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri

PEDIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 OSS

TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE CASTELFRANCO: n. 1 infermiere

RADIOLOGIA CONEGLIANO: n. 4 tecnici di radiologia

CARDIOLOGIA CONEGLIANO: n. 2 infermieri

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI PER ADEGUAMENTO DOTAZIONI IN RELAZIONE ALL'AUMENTO DELL'ATTIVITÀ**

Motivazione:

L'adeguamento degli organici è richiesto per ridurre le liste di attesa, l'attivazione di nuove sedute di Day Surgery in particolar modo gli interventi oculistici, l'attività diagnostica di gastroenterologia e gli ambulatori di pneumologia di Montebelluna. Per quanto riguarda il personale tecnico della riabilitazione, l'incremento richiesto è per velocizzare la presa in carico dei pazienti post intervento al fine di diminuirne la degenza ospedaliera.

Richiesta:

SERVIZIO DI GASTROENTEROLOGIA TREVISO: n. 2 OSS, n. 2 infermieri

CHIRURGIA PEDIATRICA TREVISO: n. 3 infermieri
OCULISTICA TREVISO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS, n. 1 ortottista
MEDICINA NUCLEARE TREVISO: n. 1 infermiere
FARMACIA TREVISO: n. 2 infermieri
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE TREVISO: n. 1 fisioterapista
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ODERZO: n. 2 infermieri
OCULISTICA ODERZO: n. 1 infermieri
PRESA IN CARICO PAZIENTE ONCOLOGICO ODERZO: n. 1 infermiere
LABORATORIO ANALISI ODERZO: n. 1 tecnico di laboratorio
OCULISTICA MONTEBELLUNA: n. 1 infermieri, n. 1 OSS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MONTEBELLUNA: n. 3 fisioterapisti
PNEUMOLOGIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri, n. 1 OSS
GASTROENTEROLOGIA CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA: n. 2 OSS
MEDICINA GENERALE CONEGLIANO: n. 2 OSS

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI PER CITTADELLA DELLA SALUTE**

Motivazione:

A seguito dell'attivazione dei nuovi reparti di degenza/Servizi presso l'edificio n.29 della nuova Cittadella del Cà Foncello, al fine di adeguare la riorganizzazione dei posti letto rispondenti al minutaggio assistenziale di cui la D.G.R.V. 610/2014, vengono proposti i seguenti adeguamenti delle dotazioni organiche e l'incremento delle risorse OSS necessarie per l'efficienza dei trasporti in ingresso e uscita dalle sale operatorie, sale di emodinamica e dalle diagnostiche della radiologia interventistica.

Per quanto riguarda il Week Surgery si rende necessario l'adeguamento dell'organico in quanto questa entità di degenza verrà organizzata in una logistica diversa e autonoma (scorporata dalle attuali degenze chirurgiche) nell'edificio n. 30.

Richieste:

GRUPPO OPERATORIO TREVISO: n. 8 infermieri, n. 8 OSS
SQUADRA TRASPORTI TREVISO: n. 12 OSS
DEGENZE CITTADELLA: n. 8 infermieri, n. 6 OSS
TERAPIE INTENSIVE CITTADELLA: n. 12 infermieri, n. 12 OSS

➤ **PROGETTO INFERMIERI-TECNICI SPECIALISTI CON COMPETENZE AVANZATE**

Motivazione:

L'art 16 comma 6 del nuovo C.C.N.L. del Comparto individua gli incarichi professionali per il personale del Comparto. L'analisi condotta nella nostra Azienda ha individuato alcuni setting di cura e di assistenza dove sono indispensabili alcune elevate professionalità, di seguito elencati: infermieri impiantatori di PICC, infermieri wound care, infermieri enterostomisti.

Richiesta:

OSPEDALI PIEVE DI SOLIGO: n. 2 infermieri
OSPEDALI AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS: n. 3 tecnici di radiologia medica
OSPEDALI ASOLO: n. 2 infermieri

➤ **EMATOLOGIA TREVISO**

Motivazione:

Organizzazione e attivazione della nuova degenza per il trapianto allogenico con equipe assistenziale ad alta intensità di cure e della degenza post trapianto a bassa intensità di cura.

Richiesta: n. 6 infermieri, n. 6 OSS

➤ **CASE MANAGER**

Motivazione:

Si propone l'istituzione di una figura infermieristica (case manager) deputata ad essere il riferimento nel processo di cura per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, per rispondere a specifici bisogni come quelli espressi nel Percorso Melanoma, CA Prostata, CA Mammella, CA Polmone o a seguito del riscontro di lesioni incidentali, come spesso avviene nella UOC di Radiologia Treviso e UOC Gastroenterologia Treviso.

Richiesta:

GASTROENTEROLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

DERMATOLOGIA – PERCORSO MELANOMA - TREVISO: n. 1 infermiere

RADIOLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

UROLOGIA – PERCORSO CA PROSTATA TREVISO: n. 1 infermiere

PNEUMOLOGIA – PERCORSO CA POLMONE TREVISO: n. 1 infermiere

BREAST UNIT – PERCORSO CA MAMMELLA TREVISO: n. 1 infermiere

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DEI PRONTO SOCCORSO AZIENDALI E SUEM TREVISO**

Motivazione:

La D.G.R.V. 245/2017 e la D.G.R.V. 1035/2019 definiscono i valori minimi di assistenza per il personale del pronto soccorso, al fine di un efficientamento del modello della presa in carico del paziente nei diversi setting di cura. In particolare la tabella del turno minimo di riferimento per il personale infermieristico è rappresentata nell'allegato B della delibera sopracitata e prevede il personale dedicato in relazione alla classe di accessi annui nei vari pronto soccorso che caratterizzano le Aziende Sanitarie. È perciò stata condotta un'analisi organizzativa in tutte le UOC di Pronto Soccorso della nostra Azienda paragonando gli attuali organici del Comparto a quelli previsti dalla tabella regionale contenuta nell'allegato B della D.G.R.V. 1035 dello scorso mese di luglio.

Inoltre, secondo le linee guida ministeriali 2019 su OBI e triage, ovvero “Linee di indirizzo nazionali sull'osservazione breve intensiva – OBI “, per il Triage è previsto anche 1 unità Personale di supporto nelle 24 ore. Tale riorganizzazione è già iniziata nel 2020, si segnalano le unità necessarie a completamento della riorganizzazione.

La Centrale Operativa SUEM di Treviso ha visto la centralizzazione della gestione dei trasporti secondari e l'attivazione del volo notturno, motivo per il quale è necessaria una rimodulazione della dotazione organica.

Richiesta:

PRONTO SOCCORSO TREVISO: n. 5 infermieri, n. 4 OSS

CENTRALE OPERATIVA SUEM TREVISO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO ODERZO: 4 infermieri, 6 OSS

PRONTO SOCCORSO DI MONTEBELLUNA: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO CASTELFRANCO: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO DI CONEGLIANO: n. 4 infermieri

PRONTO SOCCORSO DI VITTORIO VENETO: n. 6 infermieri

➤ **OSPEDALI DI TREVISO PROGETTO AMPLIAMENTO DELLE ATTIVITA' CHIRURGICHE DI SALA OPERATORIA**

Motivazione:

Per poter completare il progetto di ampliamento delle fasce orarie dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dell'attività di sala operatoria in Azienda, nonché il numero di sedute operatorie per far fronte alle liste di attesa disponendo a breve della nuova logistica nel blocco operatorio unico nella nuova cittadella della salute.

Richiesta:

BLOCCO OPERATORIO DI ODERZO: n. 2 infermieri, n. 4 OSS

➤ **PROGETTO MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO**

Motivazione:

Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.

Richiesta: n. 1 tecnico di radiologia

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI TERAPIE INTENSIVE**

Motivazione:

A seguito della D.G.R.V. 614/2019 “Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende Ulss,..” dove si richiede l’adeguamento dei posti letto secondo le nuove schede ospedaliere, del D.L. 34/2020 (Conv. Legge n. 77/202) che rivede i posti letto delle Terapie Intensive e semi intensive, nonché della D.G.R.V. 610/2014 che determina i tempi assistenziali per pazienti, si richiedono le unità di personale, ruolo infermiere e OSS, che verranno assegnati nelle Terapie intensive dell’Azienda. In particolare l’aumento ad 8 dei PL della Rianimazione di Montebelluna.

Richiesta:

ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA: n. 6 infermieri

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO n. 4 infermieri, n. 3 OSS

➤ **ADEGUAMENTO ORGANICO PER DIALISI ODERZO**

Motivazione:

Aumento del numero e della complessità dei pazienti. Siamo passati, nell’arco dell’anno, da una media di n. 10 pazienti assistiti per turno di dialisi agli attuali n. 12 (turni di dialisi attivi 2 al giorno per 6 giorni alla settimana).

Richiesta:

OSPEDALE DI ODERZO: n. 1 infermiere

➤ **OSPEDALI DI TREVISO COMPLETAMENTO PROGETTO “GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO” E ADEGUAMENTO ORGANICO AREA OSTETRICIA GINECOLOGIA**

Motivazione:

Al fine di completare l’implementazione del progetto B.R.O., garantendo un’assistenza *one to one*, dedicata alla gestione assistenziale delle gravide a basso rischio in degenza ostetrica nella fase *pre-intra e post partum* nei turni mattina, pomeriggio e notte, con la copertura anche del turno notturno presso l’ostetricia di Treviso e l’attivazione dell’attività presso l’ostetricia di Oderzo, compresa l’attività ambulatoriale della PMA centralizzata in tale ospedale.

Al fine di mettere in sicurezza i parti cesarei urgenti, si chiede l’integrazione della dotazione per poter attivare una guardia attiva nella fascia pomeridiana, inoltre, si chiede di consolidare l’attività ambulatoriale di pronto soccorso ginecologico con orario 8.00 – 18.00, con personale dedicato.

Inoltre per l’incremento degli organici a seguito della nuova logistica delle degenze della Cittadella di Treviso che prevede la sala cesarei non più in area del Gruppo Operatorio, ma bensì all’interno della logistica del nuovo reparto di degenza ostetrica.

Richiesta:

OSTETRICIA E GINECOLOGIA - TREVISO: n. 6 ostetriche

OSTETRICIA E GINECOLOGIA – PMA - ODERZO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS

OSTETRICIA E GINECOLOGIA – SALA PARTO – ODERZO: n. 2 ostetriche

➤ **INCREMENTO DEGLI ORGANICI SERVIZI DI OBITORIO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI ODERZO**

Motivazione:

Adeguamento degli orari di apertura degli obitori sulle 12 ore diurne nei giorni feriali e sulle 8 ore nei giorni festivi.

Richiesta: n. 1 OSS

STRUTTURA TERRITORIO

➤ **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**

Motivazione:

La D.G.R.V. n. 1616 del 17/06/2008 stabilisce i criteri per l'accreditamento delle unità di offerta della salute mentale e i requisiti minimi (per il CSM: 1 operatore/3000 abitanti, apertura dalle ore 8.00 alle ore 20.00); la D.G.R.V. n. 651 del 9 marzo 2010 "Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale" (2010-2012); la D.G.R.V. 371 del 08/04/2022 nello specifico per il personale da attribuire alle attività dei DCA e dei CSM.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 2 infermieri, n. 1 assistente sociale, n. 4 educatori

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 2 infermieri, n. 3 educatori

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 1 educatore

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 infermieri, 1 educatore

- **PROGETTO ADEGUAMENTO ORGANICI DISTRETTO SOCIO SANITARIO – UOC AREA DISABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

Motivazione:

Aumentare la presa in carico dell'utenza, visto il continuo aumentare della complessità assistenziale e spesso all'assenza del caregiver familiare.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD - AREA DISABILITÀ: n. 1 OSS

DISTRETTO TREVISO SUD - AREA DISABILITÀ: n. 2 OSS, n. 1 educatore

DISTRETTO TREVISO SUD – NON AUTOSUFFICIENZA: n. 1 assistente sociale

- **INTERNALIZZAZIONE SERVIZIO DI GESTIONE DEI PRELIEVI E DELLE ATTIVITÀ' AMBULATORIALI-SCREENING NEI DISTRETTI SOCIO SANITARI – ATTIVITÀ SPECIALISTICA**

Motivazione:

Internalizzazione "servizio di gestione dei centri prelievo, organizzazione e gestione di attività di assistenza infermieristica nel territorio" (delib. Direttore Generale n.2362 del 09-12-2021) scad. 31-12-2023.

Richiesta:

ATTIVITÀ SPECIALISTICHE DISTRETTO TREVISO: n. 17,5 infermieri, n. 3 ostetriche, n. 11,5 OSS

- **INFERMIERE DI FAMIGLIA**

Motivazione:

In ottemperanza del D.G.R.V. n. 782 del 2020 Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria, in particolare per il potenziamento dell'assistenza domiciliare (art. 1, comma 3 e 4) e l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità.

Tale nuova figura svolge l'attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI. L'infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, lavora a domicilio, con un ruolo attivo di educazione terapeutico sia verso la persona assistita che verso il caregiver (allegato A D.G.R.V. 782/2020).

L'infermiere di famiglia è previsto secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 4 infermieri

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 4 infermieri

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 infermieri

- **PROGETTO RIORGANIZZAZIONE COT**

Motivazione:

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 " Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Piano Operativo Regionale (POR) Decreto Regionale n. 49 del 18/5/22 pubbl. BUR n. 75 del 28/06/22. Realizzazione del Piano Regionale in attuazione del PNRR missione 6 salute, componenti investimento 1 e 2, approvati con D.G.R.V. 368/2022 Approvazione POR aggiornato. Previste in Azienda 8 sedi COT (TV n. 3, Pieve n. 3, Asolo n. 2); Standard di personale: 4 infermieri, 1 unità di personale di supporto per ciascuna sede; 1 Coordinatore Infermieristico per Distretto (tot. n. 3)

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 10 infermieri, n. 3 OSS

STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Motivazione:

Adeguamento degli organici a seguito di normative Europee, Nazionali e Regionali.

Per quanto riguarda:

- UOC Medicina dello Sport viene prevista l'apertura di un ambulatorio dedicato alla valutazione clinica e strumentale dei genitori degli atleti con patologie cardiache rare che necessitano approfondimenti clinici e di supporto psicologico. Viene inoltre effettuata attività diagnostica di 2° livello contribuendo così, insieme ai Servizi di Cardiologia, allo smaltimento delle liste d'attesa ed un supporto diagnostico al centro di Fibrosi Cistica per la valutazione dei pazienti candidati a nuove terapie di supporto. Di conseguenza, l'aumento di attività comporta una rivalutazione della dotazione organica, oltre che medica, anche del personale del comparto che risulta indispensabile per la realizzazione delle prestazioni sempre più richieste.
- Servizi veterinari per la gestione delle Allerte alimentari previste dalla normativa comunitaria Regolamento CE 625/2017 e normativa Regionale.
- SIAN: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.
- SIAPZ: trasferire le competenze che attualmente sono in carico ai Medici Veterinari, in riferimento ai piani di campionamento della PNA (mangimi) e PNR (residui in allevamento), alle attività di ispezione delle strutture Registrate.
- SISP: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale e le attività di vigilanza e sorveglianza in ambito di Prodotti Cosmetici prevista dal Decreto 27 settembre 2018 del Ministero della Salute.
- SPISAL: garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle aziende come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

Richiesta:

SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTO, ALLERTE E AUDIT: n. 1 tecnico della prevenzione

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE: n. 2 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE: n. 1 tecnico della prevenzione

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA: n. 1 tecnico della prevenzione

SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: n. 2 tecnici della prevenzione

MEDICINA DELLO SPORT: n. 1 infermiere

➤ **UOC PROFESSIONI SANITARIE**

Motivazione

Adeguamento tutor didattici per innalzamento del numero di studenti dei vari corsi di laurea delle professioni sanitarie attivi in Treviso.

Richiesta: n. 2 infermieri, n. 1 igienista dentale, n. 1 tecnico di laboratorio.

Tabella di riepilogo:

| PIANO DI FABBISOGNO TRIENNALE 2024 - 2026 | | | | |
|---|---------------------|-----------|-----------|------------|
| Qualifica | Anno di riferimento | | | Totale |
| | 2024 | 2025 | 2026 | |
| INFERMIERE | 119,5 | 54 | 21 | 194,5 |
| OSS | 89,5 | 18 | 9 | 116,5 |
| OSTETRICA | 9 | | 2 | 11 |
| EDUCATORE | 9 | 1 | | 10 |
| TEC. PREVENZIONE | 1 | 6 | 1 | 8 |
| TEC. RADIOLOGIA | 4 | 4 | | 8 |
| FISIOTERAPISTA | 2 | 2 | | 4 |
| TEC. LABORATORIO | 1 | | 1 | 2 |
| ASSISTENTE SOCIALE | 1 | 1 | | 2 |
| ORTOTTISTA | | 1 | | 1 |
| IGIENISTA DENTALE | | | 1 | 1 |
| Totale complessivo | 236 | 87 | 35 | 358 |

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al proprio piano dei fabbisogni di personale. In attuazione di quanto sopra detto, con nota prot. n. 213725 del 6 dicembre 2023, è stata trasmessa la deliberazione del Direttore Generale del 1° dicembre 2023, n. 2274, con la quale è stato adottato in via provvisoria il piano dei fabbisogni di personale per gli anni 2023-2024-2025-2026 composto dagli allegati documenti, che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2023;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2024;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2023;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2024;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2024;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2025;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;

Con nota della Regione del Veneto prot. 1389 C110 del 02 gennaio 2024 è stata altresì comunicata da parte della Regione l'approvazione del piano triennale di fabbisogni 2024-2026 in quanto coerente con le linee di indirizzo del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione del 8 maggio 2018 e con le indicazioni operative contenute nella DGR n. 677 del 15 maggio 2018.

Piano formativo aziendale

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

Con delibera n. 2623 del 29/12/2023 è stato approvato il Piano Formativo Aziendale 2024 (PFA) che ha tenuto conto delle tematiche nazionali e regionali da inserire nei piani.

Si fa riferimento al decreto 23 maggio 2022, n. 77, denominato "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; Missione 6 Salute, Component 2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale; Missione 6 Salute, Component 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere, visto l'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni del 25 gennaio 2021 sul documento "Piano strategico – operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021 – 2023)"; visto, inoltre, che il richiamato punto A3. del PanFlu individua come "necessario che i molteplici aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze siano stabilmente oggetto di obbligo formativo triennale in ambito di formazione continua in medicina (ECM) nell'ambito degli Obiettivi formativi riguardanti "Tematiche speciali dell'SSN e/o SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni /PA per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico-professionali". Viste le tematiche regionali tra cui l'outcome clinico-assistenziali (con particolare attenzione a: gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica, le infezioni correlate all'assistenza (ICA) con particolare attenzione all'igiene delle mani; la gestione delle lesioni da pressione, i modelli organizzativi e organizzativo-assistenziali, l'age/diversity management, la sicurezza dei lavoratori nell'ambiente di lavoro; il benessere organizzativo e qualità della vita dei lavoratori. La telemedicina/teleriabilitazione, la terapia antitrombotica, la gestione delle crisi pandemiche (Panflu); la radioprotezione del paziente ai sensi del 101 del 2020 (ricompreso nell'obiettivo nazionale d.lgs n. 27), l'applicazione protocolli di collaborazione tra servizi di salute mentale e disabilità, dipendenze ed et evolutiva, la psichiatria di comunità e il trattamento dei pazienti autori di reato, la gestione e trattamento dell'acuzie psicopatologica in adolescenza.

Nella pianificazione regionale vengono previste attività formative, ricomprese nel Piano Formativo, a titolo di esempio: sulle aggressioni a personale sanitario, sulla rete regionale delle cure palliative e sulle infezioni ospedaliere.

Per l'anno 2024 sono stati inseriti 424 progetti formativi, di cui 276 accreditati Ecm. Si rimanda per questo all'allegato della delibera di approvazione del PFA, evidenziando in particolare quelli in linea con gli obiettivi inseriti in questo PIAO) i seguenti corsi:

Umanizzazione delle cure/relazione/comunicazione, Approccio integrato e multidisciplinare nei diversi luoghi di presa in carico, cura e riabilitazione (percorsi assistenziali, modelli organizzativi, PDTA, ecc.), Cultura del lavoro in team multiprofessionale e adozioni di modelli di lavoro in rete, Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario, Valorizzazione del personale Qualità del SSR (gli esiti clinico-assistenziali, l'accreditamento istituzionale,..), Sicurezza degli operatori nell'ambiente di lavoro (T.U. 81/2008), Sicurezza del SSR (il governo clinico, la gestione del rischio, la responsabilità professionale, ecc.), Integrazione socio-sanitaria (approccio globale alla long term care).

MONITORAGGIO

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

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

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

MONITORAGGIO PERFORMANCE

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

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

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

Gli strumenti di monitoraggio sono:

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

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

MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO

Processi e attività oggetto del monitoraggio

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

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

Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023-2025 è stato superiore al 90%. Alcune attività pianificate per il 2023 sono ancora in corso e verranno ultimate nel 2024. Trattandosi di un piano triennale a scorrimento, gli obiettivi non raggiunti nel 2023 verranno perseguiti nel triennio 2024 - 2026.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione

ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e owner dei processi. La rendicontazione è comunque sintetizzata anche all'interno del presente documento, atteso che nell'attività di programmazione bisogna tener conto dei risultati della rendicontazione.

Periodicità e modalità di svolgimento delle verifiche

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

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

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

Tale monitoraggio è stato previsto come obiettivo di budget 2024 per tutte le unità operative interessate. Gli stessi sono altresì tenuti a dar conto, all'interno della relazione, dell'indice di rischio corruttivo emerso dall'autovalutazione dei propri processi, da effettuare mediante specifico format predisposto dall'Internal Auditing.

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

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

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

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

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

I Report degli audit eseguiti nel 2023 sono stati trasmessi dall'Ufficio Internal Audit al RPCT.

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

Anche per quanto riguarda il 2024, tenuto conto di quanto emerso dalle relazioni raccolte a fine 2023, e di quanto emerso da confronti diretti con i singoli owner dei processi, verrà condiviso con l'Ufficio Internal Audit il calendario degli audit da effettuare anche con riferimento alla funzione anticorruzione e trasparenza. Il Piano triennale di audit 2024 - 2026 dell'Azienda verrà adottato secondo le tempistiche che saranno comunicate da Azienda Zero.

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

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una check list per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e Internal Auditing.

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

A causa dell'impegno profuso dalla UOSD Gestione dei sistemi di qualità nel corso del 2023 per la visita di accreditamento istituzionale, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato alla effettuazione di 2 audit presso l'Ospedale di Treviso.

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

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

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

L'attività di audit integrato proseguirà anche nel corso del 2024, e riguarderà in particolare le unità operative di pronto soccorso, radiologia, terapia intensiva, semintensive, sale operatorie. A tal fine, è stato condiviso con l'Ufficio trasparenza e anticorruzione un aggiornamento delle domande di competenza.

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

Nel corso del 2023 inoltre è proseguita l'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'Ufficio, sulla base dell'esperienza maturata in questi ultimi anni, ha provveduto ad approvare una specifica procedura denominata "Verifiche a campione delle misure di prevenzione della corruzione", che verrà applicata a partire dal 2024, al fine di definire compiutamente ed in maniera trasparente parte delle attività di monitoraggio effettuate direttamente dall'Ufficio sull'applicazione di alcune misure di prevenzione della corruzione da parte degli uffici interessati.

Inoltre, l'Ufficio ha cominciato a chiedere direttamente alle unità operative verifiche a campione relativamente a determinati ambiti.

Nel corso del 2023 si è continuato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio Internal audit ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità.

Tale integrazione proseguirà anche nel 2024.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato O della DGRV n. 2174/2016, dal Decreto della Regione del Veneto n. 93 del 10.09.2021 e dalla Delibera del direttore generale n. 1837 del 28.09.2022, l'RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 56787 del 23.03.2023, acquisite le relazioni di competenza della UOS Attività Specialistiche, dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della CUP Manager, a trasmettere al Coordinatore del Nucleo aziendale di controllo, per il seguito di competenza, la dichiarazione sul buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011, attestando il rispetto di tutte le fasi del processo di prenotazione richieste dalla normativa in essere.

RIESAME

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla

strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

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

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

Nel 2023 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, con nota prot. n. 223260 del 21.12.2023, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2023 – 2025, al fine di consentire ai Direttori di segnalare eventuali criticità riscontrate nella strategia di prevenzione della corruzione posta in essere nel corso dell'anno, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

| Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi | | | | | |
|--|--|--|---------------------------|---------------------------------|---|
| Misura di prevenzione della corruzione | Obiettivo operativo | Indicatore di monitoraggio | Valore soglia 2024 | Target biennio 2025-2026 | Unità operative / Uffici interessati |
| Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza | Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello) | Relazione al RPCT | Sì | Sì | Owner dei processi interessati |
| | Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello) | Report verifiche (a campione, audit, audit integrati, ...) | Sì | Sì | Internal Auditing, Ufficio trasparenza e anticorruzione |

MONITORAGGIO DEL PIAO

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

Tale attività è stata realizzata in fase di predisposizione del PIAO 2024 – 2026, attraverso un confronto tra i Servizi coinvolti nella redazione del documento e la Direzione aziendale, all'esito della quale si è provveduto ad una ulteriore semplificazione del documento e si è proseguito nell'integrazione, anche funzionale, tra le diverse attività e iniziative finalizzate al raggiungimento del valore pubblico.

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi

Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori

Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione

Allegato 4 - Piano dei fabbisogni